



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Η Σχολική Νοσηλευτική ως Εργαλείο της Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας**

Σταυρούλα Πλίτση
Νοσηλεύτρια ΠΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, Ψυχολόγος, Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αναπλ.

Καθηγήτρια (ΤΕΙ Ηπείρου), Επιβλέπων Καθηγητής

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια (Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας), Μέλος

Τριμελούς Επιτροπής

Βασίλειος Ραφτόπουλος, Επίκ. Καθηγητής Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπ.

Κύπρου, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2017

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



The School Nursing as a Tool of Primary Health Care

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	5
Ευχαριστίες	5
Περίληψη.....	6
Λέξεις Κλειδιά:	6
Abstract	7
Key Words:	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	10
Κοινωνική Νοσηλευτική.....	11
Σχολική Νοσηλευτική	12
Παχυσαρκία στο σχολικό περιβάλλον	17
Σακχαρώδης Διαβήτης	19
Σχολική βία και εκφοβισμός	21
Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών	23
Στάσεις και Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών ως προς την Φροντίδα Υγείας και τον θεσμό του Σχολικού Νοσηλευτή	25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	27
Σκοπός.....	27
Επιμέρους Στόχοι.....	27
Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος	27

Στατιστική Επεξεργασία	28
Αποτελέσματα	30
Συζήτηση.....	39
Συμπεράσματα.....	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	43
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	47

Πρόλογος

Η σχολική νοσηλευτική ήταν ένας από τους κλάδους της επιστήμης της Νοσηλευτικής που με είχε εντυπωσιάσει από τα πρώτα χρόνια των σπουδών μου στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο της Κύπρου μέσω της επαφής μου κατά την πρακτική άσκηση σε κάποια σχολεία της Κύπρου. Εκεί κατάλαβα πόσο πραγματικά σημαντική είναι και πόσο λείπει από τα δικά μας σχολεία στην Ελλάδα. Ευτυχώς ήμουν τυχερή που μου δόθηκε η ευκαιρία και να εργαστώ ως σχολική νοσηλεύτρια για να προσφέρω άμεσα ένα λιθαράκι στην τόσο μεγάλη έλλειψη της Πρωτοβάθμιας Υγείας στην Ελλάδα. Μέσα από αυτή την έρευνα ευελπιστώ να γίνει το έναυσμα για μια βαθύτερη μελέτη και μια καλύτερη οργάνωση της σχολικής νοσηλευτικής καθολικά στα σχολεία.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου για τη συμπαράστασή της, την κατανόηση που έδειξε και φυσικά τη βοήθειά της. Ήταν πολύτιμο στήριγμα στην υλοποίηση της παρούσας μελέτης. Ακόμη, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την ψυχολογική στήριξη που μου προσέφεραν. Κυρίως, όμως, την μικρή μου κόρη για τις «γλυκές» κλοτσιές που μου έδινε μέσα από την κοιλιά και έπειτα τα υπέροχα χαμόγελα που μου χάριζε τις ώρες που μελετούσα μαζί της! Τέλος, ευχαριστώ τον διευθυντή του 39^{ου} Δημοτικού Σχολείου Λάρισας στο οποίο εργαζόμουν ως σχολική νοσηλεύτρια σε παράλληλη στήριξη κατά το χρονικό διάστημα της διανομής των ερωτηματολογίων για τη βοήθεια του να τα μοιράσουμε και σε άλλα σχολεία.

Περίληψη

Αντικείμενο: Στόχος της αγωγής υγείας στα σχολεία είναι η μετάδοση πληροφοριών που αφορούν την υγεία και κατ' επέκταση την καλύτερη δυνατή διαχείριση της ασθένειας, αλλά και την αποφυγή της. Παρόλο που οι σχολικοί νοσηλευτές σε αρκετές χώρες του δυτικού κόσμου εργάζονται εξίσου τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμη κάποιο συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο εκτός των σχολείων ειδικής αγωγής. Κατά καιρούς έχουν γίνει κάποιες μελέτες διεθνώς, οι οποίες αναφέρονται σε μετρήσεις γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών του προσωπικού σχολείων, κυρίως σε θέματα σχολικής υγείας και άλλες, που αφορούν στο ρόλο του σχολικού νοσηλευτή. Αναφορικά με την Ελλάδα τα επίσημα στοιχεία είναι περιορισμένα με κάποιες μελέτες να εστιάζουν κυρίως στην καταγραφή συνθηκών ασφαλείας και υγιεινής σε διάφορα σχολεία της χώρας.

Στόχος: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ως προς την είσοδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σχολικό περιβάλλον με το θεσμό της σχολικής νοσηλευτικής.

Πληθυσμός Μελέτης και Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη διεξήχθη μέσω διανομής ερωτηματολογίων σε εκπαιδευτικούς δημοτικών σχολείων της πόλης της Λάρισας από Απρίλιο έως Μάιο του 2016. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι ένα ερωτηματολόγιο δομημένο σε ανοικτά ερωτήματα, ώστε να αναδείξει τις αναπαράσταση του σχολικού νοσηλευτή από τους εκπαιδευτικούς. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως υπάρχει ανάγκη συνεργασίας των σχολείων με κάποιο επαγγελματία υγείας, με τα υψηλότερα ποσοστά στον “σχολικό ψυχολόγο”. Στον έλεγχο πιθανής συσχέτισης μεταξύ ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων των συμμετεχόντων και του βαθμού συνεισφοράς του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία, προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί με μεγαλύτερο άθροισμα στις 7 από τις 9 υποκλίμακες του SCL-90 θεωρούν στατιστικά μεγαλύτερη την συμβολή του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Οι πλειοψηφία των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη μελέτη αναγνωρίζουν πως υπάρχει ανάγκη συνεργασίας των σχολείων με κάποιο επαγγελματία υγείας. Επιπλέον, επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση πως οι εκπαιδευτικοί με χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας παρουσιάζουν αντιστάσεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία, σε αντίθεση με εκείνους που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα

Λέξεις Κλειδιά: σχολική νοσηλευτική, σχολικός νοσηλευτής, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σχολείο

Abstract

Introduction: The aim of health education in schools is to disseminate health-related information and thus to optimize the management of the disease, but also to avoid it. Although school nurses in several Western countries work equally in both primary and secondary education, in Greece there is still no specific institutional framework except of special education schools. There have been some limited international studies, which focus to the assessment of knowledge and attitudes of school staff, especially in school health issues and others, concerning the role of school nurse in the educational process. As far as Greece is concerned, official data are limited, with some studies focusing mainly on the recording of safety and hygiene conditions in various schools of the country.

Objective: The purpose of this research is to investigate the perceptions of primary school teachers regarding the entry of primary health care and school nursing into the school environment.

Study's Population and Methods: This study was conducted through the distribution of questionnaires to primary school teachers in the city of Larissa from April to May 2016. The research tools used were a questionnaire structured on open questions to highlight the positive and negative representations regarding the entry of primary health care and school nursing in education. In addition, the Psychopathology Scale (SCL-90) was used.

Results: The results showed that the majority of the participants and especially female teachers feel that there is a need for collaboration of schools with a health professional, with the highest percentage being concentrated in the "school psychologist". In examining a possible correlation between the psychopathological status of the participants and the degree of school nurse contribution to the educational process, it emerged that the teachers who scored higher in 7 out of 9 SCL-90 subclasses considered the contribution of school nursing to the overall educational process as significantly more important than the rest of the participants ($p < .05$).

Conclusions: The majority of teachers who participated in this study recognize that there is a need for collaboration between schools and a health professional. In addition, the initial hypothesis that the teachers with lower psychopathological symptoms would present a higher resistance to the role of school nursing in the educational process was partly confirmed. Further studies with a larger sample size would help to extract safer conclusions and could make a significant contribution to the development of primary health care in our country.

Key Words: school nurse, school nursing, Primary Health Care, schoo

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σχολείο, μετά το σπίτι του παιδιού, αποτελεί τη μεγαλύτερη επιρροή στη ζωή του, στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του και κατ' επέκταση στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Είναι ιδιαίτερης σημασίας το σχολείο να έχει την κατάλληλη υποδομή, ώστε να μπορεί να βοηθήσει το παιδί να γίνει ένας ολοκληρωμένος αλλά και υγιής άνθρωπος. Όσον αφορά την μετάδοση των κατάλληλων γνώσεων αλλά και στη διαμόρφωση μιας άρτιας προσωπικότητας η συμβολή των δασκάλων είναι μείζονος σημασίας και αναντικατάστατη, ενώ στη διατήρηση ενός υγιούς οργανισμού οι επιστήμονες υγείας μπορούν και πρέπει να έχουν ένα καθοριστικό ρόλο στο χώρο του σχολείου.

Η εκπαίδευση και η υγεία σχετίζονται άμεσα, καθώς οι μαθησιακές ικανότητες επηρεάζονται αδιαμφισβήτητα από την υγεία, όπως αντίστοιχα και η υιοθέτηση θετικών συνηθειών υγείας επηρεάζεται από την εκπαίδευση. Στη σημερινή εποχή η αύξηση του αριθμού των παιδιών στα σχολεία με κοινωνικές ιδιαιτερότητες, η εμφάνιση νέων οικονομικών παραμέτρων, σε συνδυασμό με την αύξηση των χρόνιων και μη αναστρέψιμων παθήσεων που τα απασχολούν, απαιτεί σωστή διαχείριση κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) σύμφωνα με την διεθνή ορολογία είναι η βασική ιατροφαρμακευτική φροντίδα, βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες μεθόδους, η οποία είναι στην διάθεση όλων των πολιτών και παρέχεται όσον τον δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν, εργάζονται και εκπαιδεύονται. Στόχος της αγωγής υγείας στα σχολεία είναι να μεταδοθούν πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία και κατ' επέκταση την καλύτερη δυνατή διαχείριση της ασθένειας, αλλά και την αποφυγή της. Το σχολείο είναι το ιδανικό περιβάλλον και μέσω της διδασκαλίας-εκπαίδευσης μπορεί να γίνει ο διάυλος για το πέρασμα πλήθους μηνυμάτων προς το παιδί. Ο νοσηλευτής που εργάζεται στο χώρο του σχολείου είναι ο επαγγελματίας υγείας που με την κατάρτιση και τις γνώσεις που διαθέτει έχει την δυνατότητα να εκμεταλλευτεί τις ανεπτυγμένες εκπαιδευτικές ικανότητες των παιδιών με στόχο την προαγωγή θετικών συμπεριφορών υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και του τραυματισμού και την διατήρηση ενός υγιούς σχολικού περιβάλλοντος.

Παρόλο που οι σχολικοί νοσηλευτές σε αρκετές χώρες του δυτικού κόσμου εργάζονται εξίσου τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμη κάποιο συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο εκτός των σχολείων ειδικής αγωγής. Παρόλη την εικοσιπενταετή θητεία των σχολικών νοσηλευτών ειδικής αγωγής, υπάρχουν αρκετά προβλήματα στην καθιέρωση της σχολικής Νοσηλευτικής. Το σχολικό έτος 2015-2016 εφαρμόστηκε η παράλληλη στήριξη μαθητών με προβλήματα υγειονομικής φύσης από σχολικούς

νοσηλευτές. Γενικότερα όμως στις σχολικές υπηρεσίες υγείας δεν παρουσιάζονται συντονισμένες προσπάθειες, αλλά μόνο αποσπασματικές.

Στο διεθνή χώρο υπάρχουν μελέτες, οι οποίες μετρούν γνώσεις, στάσεις, και συμπεριφορές του σχολικού προσωπικού ως προς τη σχολική υγεία, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, την επαγγελματική ευημερία και διάφορα άλλα θέματα σχετικά με το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή. Καθώς, επίσης, προτείνουν σχέδια και κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με το πώς να δημιουργηθεί ασφαλές και υγιεινό σχολικό περιβάλλον. Αναφορικά με την Ελλάδα τα επίσημα στοιχεία είναι περιορισμένα με κάποιες μελέτες να εστιάζουν κυρίως στην καταγραφή συνθηκών ασφαλείας και υγιεινής σε διάφορα σχολεία της χώρας.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αξιολογήσει την άποψη των δασκάλων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τον ρόλο του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία και να δώσει απαντήσεις στο πώς αντιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικοί τη φροντίδα υγείας και την πρόληψη από τη σκοπιά διαφορετικών ρόλων όπως η σχολική νοσηλευτική. Επιπλέον, διερευνήθηκε πιθανή σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των συμμετεχόντων ως προς την είσοδο νέων θεσμών στην εκπαίδευση, όπως η σχολική νοσηλευτική, με την ψυχοπαθολογία και την προσωπικότητά τους. Οι παράμετροι της παρούσας εργασίας είναι η πρώτη φορά που αξιολογούνται σε ερευνητικό επίπεδο στη χώρα μας και τα αποτελέσματα της επιχειρούν να αναδείξουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ και αρμόδιους φορείς στον χώρο της εκπαίδευσης, με σκοπό τη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των παιδιών και της ποιότητας του σχολικού περιβάλλοντος.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Το αγαθό της «υγείας» αποτελεί βασικό στοιχείο στο σύστημα του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού και αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα. Τα κράτη προωθούν πάντοτε δράσεις, οι οποίες στοχεύουν στην διαφύλαξη και αναβάθμιση του επιπέδου υγείας των πολιτών τους. Σύμφωνα με την τρέχουσα παγκόσμια οικονομική ύφεση η ανάγκη για κρατικές παρεμβάσεις στην οικονομία, ώστε να υπάρξει η βέλτιστη κατανομή των πόρων (συμπεριλαμβανομένου και του τομέα της υγείας), επανήλθε ^[1,2].

Η περίοδος αυτή είναι εν εξελίξει της ευρείας προσπάθειας για να βρεθούν οι μέθοδοι που θα μειώσουν το κόστος χωρίς να πληγεί το επίπεδο της υγείας. Οι προτεινόμενοι τρόποι επίλυσης του ζητήματος βρίσκονται κατά κύριο λόγο στους τομείς από τους οποίους προκύπτει αμεσότερη εξοικονόμηση πόρων. Επίσης, ο ρόλος των πιο ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αναδεικνύεται με προμετωπίδα την προαγωγή υγείας, παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματά τους είναι μακροχρόνια ^[3]. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) χαρακτηρίζεται ως η «σταχτοπούτα» του συστήματος υγείας σε όλες τις χώρες όταν συγκριθεί με τις τεράστιες επενδύσεις σε μμεγάλα ιατρικά ινστιτούτα και νοσοκομεία ^[4]. Είναι ωστόσο ο κορμός κάθε συστήματος υγείας, γεγονός που αποτυπώνεται σε όλα τα κείμενα διεθνών οργανισμών εδώ και 30 τουλάχιστον χρόνια.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η έννοια της ΠΦΥ αρχικά αναφερόταν στην «πρώτη επαφή ενός ασθενούς με κάποιον επαγγελματία υγείας, ενώ θα μπορούσε να λεχθεί ότι ο ρόλος της ήταν υποβαθμισμένος και εντοπισμένος εκτός των αστικών κέντρων». Το 1978 στην Άλμα-Άτα του Καζακστάν η διεθνής διάσκεψη, κατέληξε στη διατύπωση του ορισμού της ΠΦΥ όπου αναφέρεται πως «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα, βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν, εργάζονται και εκπαιδεύονται, αποτελώντας το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας» ^[5]. Το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας κατά τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα

διευρύνθηκε. Πλέον η υγεία ορίζεται «ως μία κατάσταση στην οποία το άτομο έχει πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλά απουσία ασθένειας». Επιπρόσθετα, διευκρίνισε την ανάγκη για ισότητα στην υγεία σε ανθρωπιστικό, πολιτικο-οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο, γιατί η διατήρηση της υγείας αποδεικνύεται σε «παραγωγικό πόρο, παράγοντα σταθεροποίησης και ειρήνης για τα σύγχρονα κράτη» ^[6].

Στην Ελλάδα η ΠΦΥ φαίνεται πως είναι ο μεγάλος ασθενής του συστήματος υγείας καθώς βρίσκεται σε ένα τέλμα από το οποίο δεν μπορεί να ξεφύγει τις τελευταίες δεκαετίες. Η δυσλειτουργία και πολλές φορές η ανυπαρξία της ΠΦΥ στην χώρα μας έχει ως αποτέλεσμα την προσφυγή των πολιτών σε ιδρύματα δευτεροβάθμιας φροντίδας για περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Στην Ευρώπη, αντίθετα, η ΠΦΥ μετατίθεται συνεχώς και σε πιο κεντρική θέση στο σύστημα υγείας για δημογραφικούς λόγους, αλλά και λόγω της προληπτικής ιατρικής, η οποία συνεχώς και αυξάνεται.

Κοινοτική Νοσηλευτική

Ο νοσηλευτής αποτελεί αναντικατάστατο και αναπόσπαστο μέλος στην ομάδα της ΠΦΥ. Ο ρόλος του είναι να προάγει τη υγεία του πληθυσμού, να παρέχει φροντίδα (μέσω της θεραπείας, της υποστήριξης, της πρόληψης, της ανακουφιστικής φροντίδας και της αποκατάστασης) και να αξιολογεί, έχοντας ως στόχο να βελτιώσει την υγεία, αλλά και την ποιότητα ζωής του κοινού. Δεν τελειώνει, όμως, εκεί ο ρόλος του, καθώς αποτελεί σημαντικό κομμάτι του συντονισμού της φροντίδας, της διασφάλισης της πρόσβασης και της συνέχειας στο δίκτυο των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα τους.

Η κοινοτική νοσηλευτική ορίζεται ως «η σύνθεση της άσκησης της νοσηλευτικής και της άσκησης της δημόσιας υγείας, που έχει επίκεντρο τα άτομα, τις οικογένειες ή τις ομάδες και συμβάλλει στην καλή υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του. Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας, η αγωγή υγείας, η διαχείριση της ασθένειας, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας πραγματοποιούνται μέσω της ολιστικής προσέγγισης» ^[7].

Η νοσηλευτική στην κοινοτική περιέχει κάτω από την ομπρέλα της περαιτέρω εξειδικεύσεις, όπως η Σχολική Νοσηλευτική, η Κατ' Οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα, η Νοσηλευτική της Οικογένειας, η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και η Νοσηλευτική Επαγγελματικής Υγείας. Η ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, υπό το πλαίσιο της εξειδίκευσης που χαρακτηρίζει όλες τις επιστήμες στη σύγχρονη κοινωνία μας, είναι εκείνη που

προετοιμάζει σωστά εκπαιδευμένους νοσηλευτές σε πρακτικό και θεωρητικό επίπεδο, ώστε να ανταπεξέλθουν κατάλληλα στις απαιτήσεις που έχει η προαγωγή υγείας και η φροντίδα των ατόμων της κοινότητας και γενικότερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ^[8].

Σχολική Νοσηλευτική

Η σχολική νοσηλευτική αποτελεί έναν εξειδικευμένο κλάδο του επαγγέλματος του νοσηλευτή, η οποία καταπιάνεται τόσο με την ψυχική, όσο και με τη σωματική υγεία του σχολικού πληθυσμού ^[9]. Ακόμη, μέλημά της είναι να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης των μαθητών, η εκπαίδευση τους ως προς την υγιεινή και η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ακαδημαϊκής τους πορείας. Η ανάπτυξη θετικών στάσεων από την μεριά των μαθητών σε σχέση με την προαγωγή της υγείας και τη φυσιολογική ανάπτυξη αποτελεί επιδίωξη των σχολικών νοσηλευτών.

Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και μπορούν να επεμβαίνουν σε ουσιαστικά προβλήματα υγείας, προσφέροντας υπηρεσίες επίλυσης υποθέσεων υγείας. Στόχος τους είναι να αποκτήσουν μαθητές, γονείς, αλλά και γενικότερα η κοινωνία μάθηση, αυτοέλεγχο και ωρίμανση. Κύριο μέλημά τους είναι οι μαθητές και με αυτούς συνεργάζονται καθημερινά, αλλά για την καλύτερη αποτελεσματικότητα των στόχων τους κρίνεται αναγκαία η αλληλεπίδραση με τους γονείς ή κηδεμόνες των παιδιών. Επίσης, συνεργάζονται με το υπόλοιπο σχολικό προσωπικό (π.χ. δασκάλους), αλλά και άλλους επιστήμονες, όπως ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς όπου φαίνεται χρήσιμο ^[9].

Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία και τα συστατικά χαρακτηριστικά της σχολικής νοσηλευτικής ο ρόλος και το αντικείμενο εργασίας των σχολικών νοσηλευτών αποτελείται από τα παρακάτω ^[6,10]:

A. Να παρέχονται οι πρώτες βοήθειες και να αντιμετωπίζεται η ασθένεια και το ατύχημα, που τυχόν λαμβάνουν χώρα είτε στο σχολικό περιβάλλον ή κατά την διάρκεια σχολικών δραστηριοτήτων. Βασική προϋπόθεση, όμως, είναι να υπάρχει οργανωμένος χώρος στο σχολείο και τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης.

B. Να προάγεται η υγεία του σχολικού πληθυσμού μέσα από μεθόδους όπως:

1) Την παρακολούθηση της υγείας των μαθητών μέσω καταγραφής των προβλημάτων υγείας και του ατομικού ιατρικού ιστορικού του κάθε μαθητή ούτως ώστε να μπορεί να επιτευχθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση σε περίπτωση κάποιου οξέως επεισοδίου. Μείζονος σημασίας είναι η καλή συνεργασία με την οικογένεια για την αρτιότερη καταγραφή των προβλημάτων, αλλά και για την συνέχεια της αγωγής υγείας και στο σπίτι. Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης (π.χ. εμβολιασμοί) και δευτερογενούς πρόληψης (περιοδικές εξετάσεις του σχολικού πληθυσμού π.χ. έλεγχος σκολίωσης, οπτικής οξύτητας, σωματομετρικοί δείκτες). Τέλος, μείζονος σημασίας είναι να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται προγράμματα αποκατάστασης, η λεγόμενη τριτογενής πρόληψη, για μαθητές που λόγω κάποιων προβλημάτων υγείας έχουν κάνει κάποιες απουσίες από τα μαθήματά τους και επιστρέφουν στο σχολείο

2) Την πρόληψη των ασθενειών και των ατυχημάτων στο σχολικό περιβάλλον παρακολουθώντας την υγεία των μαθητών, όπως και την ασφάλεια των εγκαταστάσεων του σχολείου. Αυτό επιτυγχάνεται με το να παρέχει συμβουλές σε θέματα υγιεινής των κοινόχρηστων χώρων και κυλικείου και να λαμβάνει μέτρα ασφαλείας στο σχολικό περιβάλλον.

3) Την αγωγή υγείας και συμβουλευτική υγείας στο χώρο του σχολείου, με στοχο να διατηρηθεί, ακόμη και να βελτιωθεί –στο επίπεδο του δυνατού- η υγεία του σχολικού πληθυσμού, να διαμορφωθούν υγιεινές συμπεριφορές και στάσεις ως προς την εκπαίδευση και την αποκατάσταση της υγείας. Ο σχολικός νοσηλεύτης είναι ο επιστήμονας υγείας που έχει εξ ολοκλήρου της ευθύνη να σχεδιάσει, να εφαρμόσει και να αξιολογήσει τα προγράμματα αγωγής υγείας σε ομαδικό και σε ατομικό επίπεδο, αλλά και για όλο το σχολείο.

Γ. Να εκπαιδεύει το σχολικό προσωπικό σε θέματα υγείας. Η ευθύνη της διδασκαλίας τους πρώτων βοηθειών βαρύνει το σχολικό νοσηλεύτη, ώστε να φέρουν σε πέρας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Επίσης, τους κατατοπίζει σχετικά με την υγεία θέματα, ώστε να βελτιωθεί η γενική υγεία του σχολικού πληθυσμού.

Δ. Να ελέγχει της κατάστασης υγείας του σχολικού προσωπικού για τυχόν μεταδιδόμενες ασθένειες, όπως ηπατίτιδα Α και φυματίωση, και να οργανώνει προγράμματα ενημέρωσης επί του θέματος.

Ε. Να διεξάγει ερευνητικά προγράμματα σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, στοχεύοντας στην καλύτερευση της υγείας των άμεσα εμπλεκόμενων.

Ζ. Να συμμετέχει ο ίδιος σε επιμόρφωτικά προγράμματα στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ώστε να ενημερώνεται και να βελτιώνει με αυτόν τον τρόπο της υπηρεσίες υγείας που παρέχει.

Η. Να συμμετέχει, τέλος, σε επιτροπές και όργανα που είναι υπεύθυνα για την εκπαίδευση. Ο σχολικός νοσηλευτής μελετά, παρακολουθεί και συμβουλεύει για οτιδήποτε σχετίζεται με την υγεία ολόκληρου του σχολικού πληθυσμού, προτείνει μέτρα για την προστασία της και συμβάλει στην εφαρμογή τους.

Για να επιτευχθούν τα παραπάνω ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται να είναι επικοινωνιακός, να ξέρει να διαχειρίζεται κατάλληλα τον χρόνο, να λαμβάνει προσωπικές αποφάσεις και να είναι σε θέση να αναγνωρίζει κρίσεις και να επίλυει προβλήματα. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να καθορίζει στόχους, να οργανώνει σχέδια δράσης και να διαθέτει ομαδικό πνεύμα που να το μεταδίδει και στους άλλους ^[6,10].

Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας μπορούν να είναι επιτυχημένες και λειτουργικές όταν υπάρχει μεθοδικότητα, ομαδικότητα και συντονισμός. Μια συνεργασία μεταξύ σχολικού νοσηλευτή, γονέων, μαθητών, εκπαιδευτικών αλλά και άλλων επιστημόνων υγείας όπως ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός και ο ιατρός που είναι υπεύθυνοι για συναισθηματικά, κοινωνικά, παθολογικά προβλήματα, και μαθησιακές δυσκολίες, θα συντελούσε την ιδανική σχολική ομάδα υγείας.

Ιστορική Αναδρομή

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 1902, όταν λόγω ενός δερματικού νοσήματος αρκετοί μαθητές απουσίασαν για μεγάλο χρονικό διάστημα από 4 σχολεία την Νέας Υόρκης. Οι υπεύθυνοι των σχολείων αποφάσισαν να προσλάβουν μια νοσοκόμα την Lina Rogers, η οποία μέσω της φροντίδας που προσέφερε περιόρισε σε μεγάλο βαθμό την μετάδοση του νοσήματος. Η επιτυχία της αυτή

οδήγησε στην πρόσληψη περισσότερων νοσοκόμων, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την νοσηρότητα των μαθητών κατά 99% μέσα σε ένα χρόνο. Το συγκριμένο συμβάν είχε ως επακόλουθο την εδραίωση του σχολικού νοσηλευτή σε ολόκληρη την πόλη της Νέας Υόρκης, θεσμός που αργότερα επεκτάθηκε σε αρκετές πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών, στον Καναδά και σταδιακά μεταφέρθηκε σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες ^[11].

Στις 4 Ιουλίου 1968, η Εθνική Ένωση Εκπαίδευσης (NEA) της Αμερικής ίδρυσε το Τμήμα Σχολικών Νοσηλευτών (DSN), μια ένωση που επικεντρώνεται στην εξέλιξη του σχολικού νοσηλευτή και την γενική υγεία των παιδιών σχολικής ηλικίας. Τον Ιούλιο του 1969, το DSN πραγματοποίησε την πρώτη ετήσια συνεδρίασή τους στη Φιλαδέλφεια. Απώτερος σκοπός ήταν να βελτιώσουν την ποιότητα της σχολικής νοσηλευτικής, να αναβαθμίσουν τις δεξιότητες των σχολικών νοσηλευτών και να προωθήσει τις ικανότητες όλων των παιδιών για μια επιτυχή εκμάθηση.

Κατά τη δεκαετία του 1970, κάθε πολιτεία της Αμερικής είχε ιδρύσει τη δική της ένωση σχολικών νοσηλευτών κάτω από την ομπρέλα του Τμήματος Σχολικών Νοσηλευτών. Το 1974, ο Πρόεδρος Ford κήρυξε την τέταρτη Τετάρτη του Ιανουαρίου ως εθνική ημέρα σχολικού νοσηλευτή. Οι σχολικοί νοσηλευτές αναγνωρίζονται πλέον σε εθνικό επίπεδο και φημίζονται για τη συμβολή τους στην υγεία και την ευημερία των μαθητών του έθνους. Το τμήμα σχολικών νοσηλευτών (DSN) συνέχισε να επεκτείνεται μέχρι το 1979 όπου ανεξαρτητοποιήθηκε από την Εθνική Ένωση Εκπαίδευσης (NEA) και απέκτησε ξεχωριστή οντότητα. Πλέον έχει μετονομαστεί σε Εθνική Ένωση Σχολικών Νοσηλευτών (NASN) και παραμένει μέχρι και σήμερα η μεγαλύτερη ένωση σχολικών νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ^[12].

Αξίζει να σημειωθεί πως οι σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησαν το 1910 οργανώνοντας την Κεντρική Υπηρεσία στο Υπουργείο Παιδείας και το 1914 με δημιουργώντας το θεσμό του Σχολιάτρου και της Υγειονομικής Υπηρεσίας στα σχολεία. Οι σχολικοί νοσηλευτές εισήχθησαν στα Ελληνικά σχολεία και ξεκίνησε μία υποτυπώδης σχολική νοσηλευτική χρονικά καθυστερημένα, μόλις το 1985, με την εισαγωγή του κλάδου των επιμελητών ως ειδικό προσωπικό στα σχολεία ειδικής αγωγής. Για τα ιδιωτικά σχολεία δεν υφίσταται κάποιος συγκεκριμένος νόμος που να καθιστά υποχρεωτική την παρουσία σχολικού νοσηλευτή ή άλλου επιστήμονα υγείας, έτσι αποφασίζουν αυτοβούλως ^[6].

Ερευνητικά στοιχεία για την συμβολή του σχολικού νοσηλευτή στη γενική υγεία των μαθητών

Βρογχικό Άσθμα

Το άσθμα είναι μια από τις πιο συχνές ασθένειες της παιδικής ηλικίας αλλά μπορεί να εκδηλωθεί από την βρεφική μέχρι την τρίτη ηλικία. Πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονώδη πάθηση των αεραγωγών που χαρακτηρίζεται από διάφορα επαναλαμβανόμενα συμπτώματα (δύσπνοια, βήχας, συριγμός), μεταβλητή στένωση των αεραγωγών και βρογχόσπασμο. Σύμφωνα με τους Lemanske & Busse «η πιο αποτελεσματική θεραπεία για το άσθμα είναι η αναγνώριση των ερεθισμάτων όπως ο καπνός του τσιγάρου, τα κατοικίδια ή η ασπιρίνη και η εξάλειψη της έκθεσης σε αυτά». Σε περίπτωση που η αποφυγή των ερεθισμάτων δεν είναι επαρκής συνίσταται η χρήση φαρμάκων όπως εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά ή σε ήπιες περιπτώσεις ανταγωνιστές λευκοτριενίων ^[13]. Σύμφωνα με αρκετά επιδημιολογικά στοιχεία, το άσθμα είναι μία από τις πιο συχνές χρόνιες ασθένειες της παιδικής ηλικίας και η κυριότερη αιτία απουσίας των παιδιών από το σχολείο. Σε μια μελέτη του Rodriguez et al ^[14] συγκρίθηκαν 4 σχολεία που απασχολούσαν σχολικούς νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης με 5 σχολεία που απασχολούσαν σχολικούς νοσηλευτές μερικής απασχόλησης, ως προς την συχνότητα απουσιών των μαθητών από το σχολείο λόγω βρογχικού άσθματος. Η μελέτη διεξήχθη στην πολιτεία της Καλιφόρνια των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και συμμετείχαν συνολικά 6081 μαθητές ηλικίας 6-14 ετών, εκ των οποίων 408 έπασχαν από βρογχικό άσθμα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως τα σχολεία που είχαν στο δυναμικό τους πλήρους απασχόλησης σχολικούς νοσηλευτές εμφάνισαν στατιστικά χαμηλότερο μέσο αριθμό ημερών απουσίας από το σχολείο λόγω ασθένειας σε σχέση με τα σχολεία ελέγχου (3.03 vs. 3.51 ημέρες αντίστοιχα, $p < .05$) κατά το σχολικό έτος 2008-2009. Επιπλέον υπολογίστηκε το οικονομικό κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των γονέων για τους μαθητές που εμφάνισαν έξαρση της νόσου και χρειάστηκε να μεταφερθούν σε νοσοκομεία της περιοχής, το οποίο εμφανίστηκε να είναι στατιστικά υψηλότερο στα σχολεία ελέγχου σε σχέση με τα σχολεία που είχαν προσλάβει σχολικούς νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης. Οι ερευνητές κατέληξαν πως ο ρόλος των σχολικών νοσηλευτών και γενικότερα οι προληπτικές παρεμβάσεις υγείας μπορούν να είναι καθοριστικές για τη βελτίωση της διαχείρισης των μαθητών που πάσχουν από άσθμα, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο την παρουσία και τις επιδόσεις των μαθητών αυτών στο σχολείο αλλά και μειώνοντας τα έξοδα των οικογενειών λόγω έκτακτων επισκέψεων στο νοσοκομείο.

Σε μια άλλη μελέτη που επίσης έλαβε χώρα στο Σαν Ντιέγκο της Καλιφόρνια, όπου όλα τα σχολεία έχουν στο δυναμικό τους τουλάχιστον ένα σχολικό νοσηλευτή, διερευνήθηκε αν οι

ασθματικοί μαθητές που έλαβαν κάποιες συνεδρίες ενημέρωσης από τους σχολικούς νοσηλευτές του σχολείου βελτίωσαν σε βάθος χρόνου την συχνότητα εξάρσεων και την βαρύτητα των συμπτωμάτων του νοσήματος ^[15]. Στην συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν 149 σχολεία και η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έδειξε πως οι μαθητές με άσθμα που βρίσκονταν υπό την επίβλεψη των σχολικών νοσηλευτών μείωσαν την συχνότητα απουσίας από το σχολείο κατά 0.39% μέσα σε ένα χρόνο. Επιπλέον αναφορικά με την βαρύτητα της νόσου τα αποτελέσματα αποκάλυψαν πως το 26% των μαθητών που έλαβαν μέρος στις συνεδρίες ενημέρωσης των νοσηλευτών εμφάνισαν σημαντική μείωση στην βαρύτητα της νόσου μέσα σε ένα χρόνο σε σύγκριση με το μόλις 10% των μαθητών που δεν έλαβαν κάποια παρέμβαση ($p < .001$).

Παχυσαρκία στο σχολικό περιβάλλον

Αρκετά επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν πως το πρόβλημα του πλεονάζοντος βάρους στην παιδική και εφηβική ηλικία λαμβάνει πλέον διαστάσεις πανδημίας στον δυτικό κόσμο με περίπου 34% των παιδιών και των εφήβων να είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα ^[16,17,18]. Το αυξημένο σωματικό βάρος κατά την εφηβική και παιδική ηλικία έχει συνδεθεί με την εμφάνιση αρκετών νοσημάτων στην ενήλικη ζωή, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το μεταβολικό σύνδρομο, η αρτηριακή πίεση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς και κάποιους τύπους καρκίνου. Επιπλέον τα παιδιά και οι έφηβοι που εμφανίζουν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση, στιγματισμό και κατάθλιψη ^[19].

Η πιθανή συμβολή του σχολικού νοσηλευτή στην αντιμετώπιση αλλά και πρόληψη του συγκεκριμένου προβλήματος έχει διερευνηθεί από τους Pbert et al με πολύ θετικά αποτελέσματα ^[20]. Στην μελέτη συμμετείχαν 6 γυμνάσια και λύκεια της Μασαχουσέτης των ΗΠΑ τα οποία τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου. Στα 3 σχολεία της ομάδας παρέμβασης όλοι οι υπέρβαροι-παχύσαρκοι μαθητές ($n=1055$) έλαβαν τουλάχιστον 6 συνεδρίες συμβουλευτικής (σε διάστημα 2 μηνών) από σχολικούς νοσηλευτές, οι οποίες βασίζονταν σε τεχνικές γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας. Οι συνεδρίες εστίασαν κυρίως στην αξιολόγηση των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των μαθητών, αλλά και στην ενημέρωση σε θέματα μιας υγιούς και ισορροπημένης διατροφής, επίσης ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ενθάρρυνση των μαθητών για αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες και συμπεριφορές, αλλά και στην αύξηση της φυσικής τους δραστηριότητας. Ενημερωτικές συναντήσεις γίνανε και με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου ($n=1159$), οι οποίες περιλάμβαναν έλεγχο του σωματικού τους βάρους, καθώς και χορήγηση κάποιων γραπτών πληροφοριών όσον αφορά στην ισορροπημένη διατροφή

και την διαχείριση του πλεονάζοντος βάρους, χωρίς όμως να υπάρξει κάποια συμβουλευτική παρέμβαση από σχολικούς νοσηλευτές.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως στους 2 μήνες οι μαθητές της ομάδας παρέμβασης έτρωγαν πρωινό συχνότερα και είχαν χαμηλότερη πρόσληψη απλών σακχάρων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον στον επανέλεγχο που έγινε 6 μήνες μετά την παρέμβαση οι μαθητές φάνηκε πως κατανάλωναν στατιστικά χαμηλότερες ποσότητες αναψυκτικών και fast food σε σχέση με την ομάδα που δεν έλαβε κάποια παρέμβαση. Όσον αφορά το βάρος και το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) των μαθητών δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στους 2 και 6 μήνες μετά την παρέμβαση.

Σε μια άλλη μελέτη που έγινε επίσης στις ΗΠΑ και επικεντρώθηκε κυρίως στην προώθηση της φυσικής δραστηριότητας σε έφηβες μαθήτριες τα αποτελέσματα ήταν εξίσου ενθαρρυντικά ^[21]. Στην έρευνα συμμετείχαν 6 σχολεία τα οποία τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδα Α παρέμβασης (n=89) και ομάδα ελέγχου Β (n=112) και οι μαθήτριες που έλαβαν μέρος είχαν μέσο όρο ΔΜΣ 26.7kg/m^2 . Οι έφηβες που βρίσκονταν στην ομάδα Α πήραν μέρος για ένα ακαδημαϊκό εξάμηνο σε συνεδρίες που γίνονταν 2 φορές τον μήνα από εκπαιδευμένους σχολικούς νοσηλευτές και περιλάμβαναν γραπτό υλικό και παρουσιάσεις για τα πλεονεκτήματα από τη φυσική δραστηριότητα και την ισορροπημένη διατροφή στο σωματικό βάρος και κατ' επέκταση στην υγεία του ανθρώπου. Ενημέρωση έγινε επίσης και στους γονείς των μαθητριών της ομάδας Α. Η ομάδα ελέγχου Β δεν έλαβε κάποια παρέμβαση παρά μόνο γραπτό υλικό. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως με το τέλος της παρέμβασης και 8 μήνες μετά οι μαθήτριες της ομάδας Α είχαν αυξήσει σημαντικά την φυσική τους δραστηριότητα (ώρες/ εβδομάδα), είχαν αυξήσει την ημερήσια πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και είχαν μειώσει αισθητά το βάρος τους και τον ΔΜΣ τους σε σύγκριση με την ομάδα Β ($p = .047$, $p = .036$ και $p = .041$ αντίστοιχα).



Σε μια ανασκόπηση 38 μελετών παρέμβασης (intervention studies) σε μαθητές από 6-18 ετών με σκοπό την πρόληψη της παχυσαρκίας, μέσω συμβουλευτικών προγραμμάτων από επιστήμονες υγείας (νοσηλευτές, διατροφολόγους, ιατρούς) στον χώρο του σχολείου, τα αποτελέσματα ήταν αντικρουόμενα αλλά κυρίως θετικά ^[22]. Από τις 38 μελέτες που πραγματοποιήθηκαν ανά τον κόσμο και αξιολόγησαν την πιθανή επίδραση παρεμβάσεων

ενημέρωσης στον τομέα της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας μαθητών που βρίσκονταν σε αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, οι 27 ανέδειξαν σημαντικές αλλαγές στο βάρος και τον ΔΜΣ των ομάδων που έλαβαν την παρέμβαση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα παραπάνω αποτελέσματα μας οδηγούν στο συμπέρασμα πως η συμβολή και ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή και γενικότερα του επαγγελματία υγείας στο χώρο του σχολείου, μπορεί να βοηθήσει στην μείωση του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας, μιας νόσου με αυξημένους ρυθμούς εμφάνισης που έχει συσχετισθεί με αρκετά χρόνια παθολογικά και ψυχολογικά νοσήματα.

Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου Ι είναι ένα ενδογενές μεταβολικό νόσημα και μια από τις συχνότερες χρόνιες ασθένειες της παιδικής ηλικίας. Αρκετά πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία αποκαλύπτουν πως η συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι συνεχώς αυξανόμενη ^[23] και υπολογίζεται πως παγκοσμίως 1 στα 200-300 παιδιά πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι ^[24]. Η νόσος χαρακτηρίζεται από αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος με αποτέλεσμα την πλήρη έλλειψη ή την ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης. Η αιτία της αυτοάνοσης καταστροφής των β-κυττάρων σήμερα θεωρείται ότι είναι η αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων. Η έλλειψη της ορμόνης ινσουλίνης, η οποία εμπλέκεται στον μεταβολισμό των υδατανθράκων, οδηγεί σε αυξημένη γλυκόζη στο αίμα και στα ούρα και η χρόνια υπεργλυκαιμία που χαρακτηρίζει τους συγκεκριμένους ασθενείς μπορεί μακροχρόνια να προκαλέσει βλάβες σε διάφορα όργανα και ιδιαίτερα στους νεφρούς, στον αμφιβληστροειδή, στα νεύρα και στις αρτηρίες. Η πιο κοινή μέθοδος θεραπείας του διαβήτη τύπου Ι είναι η χορήγηση ινσουλίνης μέσω υποδόριας ένεσης ή αντλίας ινσουλίνης, σε συνδυασμό με τον έλεγχο της πρόσληψης των υδατανθράκων από την διατροφή και την προσεκτική παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης αίματος χρησιμοποιώντας μετρητές γλυκόζης ^[25].

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου ΙΙ είναι μια συχνότερη μορφή διαβήτη και παλαιότερα ονομαζόταν μη-ινσουλινεξαρτώμενος διαβήτης ή διαβήτης ενηλίκων. Πλέον με την ολοένα αυξανόμενη παχυσαρκία στην παιδική ηλικία ο διαβήτης τύπου ΙΙ προσβάλλει όλο και συχνότερα άνδρες και γυναίκες νεότερων ηλικιών ^[26]. Σε αντίθεση με τον διαβήτη τύπου Ι αυτός ο τύπος διαβήτη οφείλεται σε διαταραχή της έκκρισης της ινσουλίνης και την συνύπαρξη κάποιου βαθμού ινσουλinoαντίστασης. Χαρακτηρίζεται επίσης από αυξημένες τιμές γλυκόζης αίματος και όλες τις μακροχρόνιες επιπλοκές που αυτό συνεπάγεται (μικρο-μακροαγγειοπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, νεύρο-νεφροπάθεια). Η πλειονότητα των ασθενών αυτών (περίπου 80%) είναι παχύσαρκοι ή/και χαρακτηρίζονται από κεντρική κατανομή του λίπους κατά τον χρόνο της

διάγνωσης του διαβήτη. Τα άτομα με διαβήτη τύπου II δε χρειάζονται ινσουλίνη για να επιβιώσουν, ενώ αρκετές μελέτες αποδεικνύουν πλέον πως η πλειοψηφία αυτών των ασθενών θα χρειαστεί ινσουλίνη για την ρύθμιση της γλυκόζης 7-10 χρόνια μετά την διάγνωση της νόσου ^[27].

Σε μια μελέτη που έλαβε χώρα στο Οχάιο των ΗΠΑ εξετάστηκαν οι αντιλήψεις και ο τύπος φροντίδας και υποστήριξης παιδιών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη I και II ^[28]. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την συλλογή των δεδομένων ήταν μέσω ομαδικών συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων προς τους μαθητές 14 σχολείων. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν πως τα παιδιά αισθάνονται ασφαλέστερα και περισσότερο ευέλικτα με την παρουσία ενός σχολικού νοσηλευτή στο χώρο του σχολείου. Οι πλειοψηφία των μαθητών ανέφεραν πως η καθοδήγηση του σχολικού νοσηλευτή τους επέτρεψε να μάθουν να χειρίζονται τον μετρητή σακχάρου καλύτερα και να βελτιώσουν την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τα επίπεδα σακχάρου γενικότερα στο χώρο του σχολείου. Επιπλέον αρκετοί μαθητές επεσήμαναν πως η συμμετοχή τους σε διάφορες δραστηριότητες του σχολείου πολλές φορές είχε ως αποτέλεσμα υπογλυκαιμικά επεισόδια, τα οποία έμαθαν να αντιμετωπίζουν ή να αποφεύγουν με την βοήθεια και τις συμβουλές του σχολικού νοσηλευτή.



Σε μια αντίστοιχη μελέτη που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τον Miller ^[29], μέσω συνεντεύξεων σε παιδιά (7-12 ετών) με Σακχαρώδη Διαβήτη και στις οικογένειές τους, επισημάνθηκε από ένα μεγάλο ποσοστό (79%) των συμμετεχόντων πως η παρουσία του νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον τους έκανε να νιώθουν ασφαλέστεροι. Επιπλέον σημειώθηκε πως οι συνεδρίες ενημέρωσης που έλαβαν οι γονείς από τους νοσηλευτές τους βοήθησαν να διαχειριστούν καλύτερα τη πάθηση του παιδιού τους. Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως τα παιδιά και οι γονείς που δέχτηκαν πληροφόρηση και συμβουλευτική από τους νοσηλευτές τους σχολείου

εμφάνιζαν στατιστικά καλύτερο γλυκαιμικό προφίλ σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν έλαβαν κάποια ενημέρωση.

Οι μητέρες παιδιών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι επεσήμαναν σε μια άλλη ερευνητική εργασία ^[30] πως η παρουσία του σχολικού νοσηλευτή βοήθησε τα παιδιά τους να λάβουν μέρος σε πληθώρα δραστηριοτήτων μαζί με τους υπόλοιπους μαθητές, να μειώσουν τα υπογλυκαιμικά επεισόδια και να προσαρμοστούν καλύτερα στο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Εκτός από τη παθολογική υποστήριξη των παιδιών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, ιδιαίτερη σημασία έχουν και οι ψυχολογικές και κοινωνικές παράμετροι που πρέπει να εξεταστούν, καθώς οι αλλαγές που συνίστανται πολύ συχνά στην καθημερινότητα τους έχουν ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίησή τους από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ο ρόλος λοιπόν του σχολικού νοσηλευτή δεν είναι απλώς να δημιουργήσει ένα ασφαλές περιβάλλον για τα πάσχοντα παιδιά, αλλά επιπλέον να βοηθήσει τους μαθητές να γίνουν πιο ανεξάρτητοι με την διαχείριση του νοσήματός τους έτσι ώστε να μην επηρεάζονται αρνητικά οι κοινωνικές αλλά και ακαδημαϊκές τους δεξιότητες.

Σχολική βία και εκφοβισμός

Το φαινόμενο της βίας (school violence) και του εκφοβισμού (school bullying) στο χώρο του σχολείου παρουσιάζεται σε έξαρση τα τελευταία χρόνια με αυξανόμενες και πολυπαραμετρικές διαστάσεις στον ελλαδικό χώρο, αλλά και διεθνώς. Σύμφωνα με την Εθνική Ένωση Σχολικών Νοσηλευτών (NASN) της Αμερικής οι παραπάνω όροι χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν «μια κατάσταση κατά την οποία ασκείται εσκεμμένη, απρόκλητη, συστηματική και επαναλαμβανόμενη βία και επιθετική συμπεριφορά με σκοπό την επιβολή και την πρόκληση σωματικού και ψυχικού πόνου σε μαθητές από συμμαθητές τους εντός και εκτός σχολείου». Η βία και ο εκφοβισμός μεταξύ των μαθητών μπορούν να πάρουν σωματική, λεκτική, ψυχολογική και κοινωνική μορφή ^[31].

Σύμφωνα με ερευνητικά στοιχεία τα παιδιά μικρότερης ηλικίας χρησιμοποιούν περισσότερο το σώμα τους για να εκφραστούν, σε αντίθεση με τα μεγαλύτερα που ο λόγος είναι το βασικό μέσω επικοινωνίας που διαθέτουν και έτσι υπονομεύουν και απομονώνουν άλλα παιδιά. Σε γενικές γραμμές τα αγόρια είναι εκείνα που εκφράζονται πιο άμεσα και σωματικά επιθετικά, σε αντίθεση με τα κορίτσια που είναι πιο έμμεσα ^[32]. Οι διαστάσεις που έχει λάβει στην Ελλάδα το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού είναι ανησυχητικές και σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα «τουλάχιστον 10-15% των μαθητών είναι θύματα συστηματικής βίας από συμμαθητές τους, ενώ το 5% παραδέχονται ότι ασκούν βία (με συντριπτική πλειοψηφία των αγοριών στην άσκηση σωματικής βίας σε σύγκριση με τα κορίτσια που επιδίδονται περισσότερο

στον κοινωνικό εκφοβισμό)». Ταυτόχρονα, πολλοί μαθητές γίνονται μάρτυρες σε περιστατικά εκφοβισμό στα σχολεία ^[33,34,35]. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να επηρεάσει την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και την διαδικασία της μάθησης. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά που γίνονται θύματα bullying είναι στην αρχή φόβος, ανασφάλεια και έχουν τάσεις φυγής, έπειτα νιώθουν απειλή, τρόμο, δεν θέλουν να πάνε στο σχολείο και εκφράζουν φόβο για το σχολείο ^[36].

Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή και των εκπαιδευτικών είναι καθοριστικός για την πρόληψη και την αναχαίτιση της σχολικής βίας. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην πρόληψη των φαινομένων βίας, αλλά και στην ασφάλεια των μαθητών. Επιπροσθέτως, χρειάζεται να αντιμετωπίζεται με τη δέουσα προσοχή ένα περιστατικό σχολικής βίας, αφιερώνοντας χρόνο εξίσου και στα δύο μέρη (το θύτη και το θύμα) και όχι μόνο σε συζητήσεις και επιπλήξεις του θύτη. Κρίνεται αναγκαίο, επίσης, να προσδιορίζεται σωστά το πρόβλημα και να εκμαιεύονται οι αιτίες, καθώς και τα κίνητρα που οδήγησαν το θύτη σε τέτοια συμπεριφορά. Τέλος, χρειάζεται να προτείνονται λύσεις, με τις οποίες είναι σύμφωνοι και οι δύο εμπλεκόμενοι ^[37].



Οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να εφαρμόζουν προγράμματα εκπαίδευσης ολόκληρης της σχολικής κοινότητας ενημερώνοντας τους μαθητές και τους γονείς σχετικά με τον κώδικα συμπεριφοράς και ηθικής που ορίζει το σχολείο. Παράλληλα, η έμφαση στην ψυχοκοινωνική αγωγή των μαθητών, αλλά και στην έγκαιρη αναγνώριση καταστάσεων και σημαδιών που μπορούν να οδηγήσουν σε βία, είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Παρεμβάσεις του σχολικού νοσηλευτή με στόχο την πρόληψη και διαχείριση της σχολικής βίας περιλαμβάνουν την προώθηση της καλής επικοινωνίας και σύνδεσης μεταξύ των μαθητών και την παρότρυνση τους να βρουν κατάλληλους τρόπους να εκτονώνουν την επιθετικότητα τους, όπως τα αθλήματα την τέχνη, αλλά και κατάλληλο πλαίσιο για ανάδειξη της ομαδικής συνεργασίας και ευγενούς άμιλλας. Επίσης, χρειάζεται η εποπτεία την ώρα του διαλείμματος να γίνεται ουσιαστικά και αποτελεσματικά, με κύριο μέλημα τους χώρους όπου

είναι πιο εύκολο να εκδηλωθούν περιστατικά βίας, όπως τα εργαστήρια και οι τουαλέτες. Χρειάζεται να επικοινωνεί ο σχολικός νοσηλευτής με τους γονείς για να τους ευαισθητοποιεί και να τους ενημέρωνει σχετικά με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού, ώστε να είναι προϋδασμένοι και να αντιληφθούν ευκολότερα πιθανά συμπτώματα εμπλοκής των παιδιών τους σε κάτι τέτοιο. Ακόμη, να τους παροτρύνει να συμμετέχουν ενεργά στη σχολική ζωή των παιδιών τους και να συνεργάζονται με τους δασκάλους τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό του σχολείου πρέπει να μεριμνά για να ενταχθούν ομαλά καινούριοι μαθητές, αλλά και μαθητές με ειδικές ανάγκες και να επιμορφώνει το προσωπικό για να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και διαχειριστούν με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο τέτοια φαινόμενα. Τέλος, αν παρόλο τον προγραμματισμό και την συντονισμένη ενημέρωση που έχει γίνει για την αποφυγή περιστατικών βίας, συμβεί το αναπόφευκτο, τότε ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να συντονίσει την αντίδραση και να παρέχει βοήθεια σε τυχόν τραύματα ^[31].

Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα και γενικότερα στην Ευρώπη παραμένει ένα υπαρκτό πρόβλημα σε παιδιά εφηβικής ηλικίας, παρόλο που τα στατιστικά στοιχεία έχουν διαφοροποιηθεί τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έκθεσης της Πανευρωπαϊκής έρευνας στον σχολικό πληθυσμό για την χρήση οινόπνευματων και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (ESPAD) που διενεργήθηκε σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (EKPNT), το κάπνισμα και η κατανάλωση οινόπνευματων φαίνεται να μειώνονται στους 15-18χρονους μαθητές, ωστόσο υπάρχει αύξηση στην χρήση «νέων» ψυχοδραστικών ουσιών (π.χ. συνθετικών κανναβινοειδών) και νέων εξαρτητικών συμπεριφορών (χρήση διαδικτύου) σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα ^[38]. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε το 2015 σε 35 ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένων 24^{ων} χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ελλάδας), συμμετείχαν 96.043 μαθητές και τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε στην σχολική τάξη.

Ειδικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως το ποσοστό εφήβων που καπνίζουν συστηματικά έχει μειωθεί αρκετά την τελευταία 20ετία λόγω των πολιτικών πρόληψης και περιορισμού του καπνίσματος που έχουν υιοθετηθεί τα τελευταία χρόνια. Παρόλα αυτά ένα μεγάλο ποσοστό μαθητών που αγγίζει το 46%, ανέφερε πως έχει δοκιμάσει το κάπνισμα ή καπνίζει σχεδόν καθημερινά. Παρόμοια στοιχεία προκύπτουν και για την συστηματική χρήση οινόπνευματων η οποία έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια, ειδικότερα έπειτα από το 2003, όμως η υπερβολική ανά περίπτωση κατανάλωση κυμαίνεται ακόμη σε επίπεδα υψηλά παρόμοια με εκείνα του 1995. Σε αντίθεση με τη χρήση καπνού και αλκοόλ που παρουσιάζει μια

σχετικά φθίνουσα πορεία, η χρήση του διαδικτύου και των παράνομων ουσιών παρουσιάζει δυστυχώς ανοδικές τάσεις με ένα 18% των μαθητών να αναφέρουν την χρήση έστω και μια φορά κάποιας παράνομης ουσίας, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό αναφέρει την ενασχόλησή του με διαδικτυακά παιχνίδια και τζόγο.

Ο σχολικός νοσηλευτής είναι ένας επιστήμονας υγείας ο οποίος όντας στον χώρο του σχολείου έχει την δυνατότητα να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη αλλά την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Κάποιες από τις πιο σημαντικές δραστηριότητες του νοσηλευτή είναι η ανίχνευση και η αξιολόγηση επιβλαβών/ανθυγιεινών συμπεριφορών αλλά και ο συμβουλευτικός του ρόλος απέναντι στους μαθητές. Αρκετά βιβλιογραφικά στοιχεία αναφέρουν πως ο σχολικός νοσηλευτής, ως προαγωγός υγείας και διαθέτοντας ειδικές γνώσεις και παιδαγωγικές δεξιότητες, μπορεί να παρέμβει δραστικά και να μεταβάλει πιθανές καταχρηστικές συμπεριφορές ^[39]. Σύμφωνα με την NASN η αγωγή υγείας είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει την θεωρητική, την επιδρασιακή και την ψυχοκινητική μάθηση. Η θεωρητική μάθηση στοχεύει στην απομνημόνευση θεωρητικών γνώσεων, η επιδρασιακή στην αποδοχή και στην αλλαγή των διαθέσεων των ενδιαφερόντων/κοινού και τέλος η ψυχοκινητική μάθηση στοχεύει στην απόκτηση δεξιοτήτων και στην πρακτική αλλαγή διαφόρων καταχρηστικών ή παθολογικών συμπεριφορών. Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα πλήθος μεθόδων και τεχνικών (οπτικοακουστικά μέσα, φυλλάδια, διαφάνειες, παρουσιάσεις, συζήτηση) για την μεταβίβαση πληροφοριών στους μαθητές και στους γονείς τους, που να αφορούν τις βλαβερές οργανικές επιπτώσεις των εξαρτησιογόνων ουσιών στον άνθρωπο. Επιπλέον εκτός από την πρωτογενή πρόληψη ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό συγκεκριμένων περιστατικών και στην παραπομπή τους στις ανάλογες υπηρεσίες ή άλλους ειδικούς εκτός ή εντός του σχολείου (κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, ιατρός) ^[40].



Στάσεις και Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών ως προς την Φροντίδα Υγείας και τον Θεσμό του Σχολικού Νοσηλευτή

Όπως προαναφέρθηκε, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα υστερεί σε πολλούς τομείς σε σχέση με πολλές ανεπτυγμένες χώρες του εξωτερικού, οι οποίες αναβαθμίζουν συνεχώς τις υπηρεσίες υγείας τους και εξοικονομούν πόρους επενδύοντας κυρίως στην προληπτική ιατρική. Η έννοια του σχολικού νοσηλευτή στην χώρα μας δυστυχώς δεν είναι διεγερμένη και η εισαγωγή του κλάδου έγινε αρκετά καθυστερημένα τα τελευταία χρόνια μόνο σε σχολεία ειδικής αγωγής. Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης νέους σχολικούς θεσμούς όπως η σχολική νοσηλευτική δυστυχώς δεν έχει αξιολογηθεί ποτέ σε ερευνητικό επίπεδο, καθώς τα στοιχεία που θα προέκυπταν θα μπορούσαν να συμβάλουν σε σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην χώρα μας.

Γενικότερα επίσημη βιβλιογραφία που να αφορά την ανάδειξη των αναπαραστάσεων του εκπαιδευτικού προσωπικού ως προς την είσοδο της ΠΦΥ στο σχολικό περιβάλλον είναι ανεπαρκής και περιορισμένη. Υπάρχουν διεθνείς μελέτες, οι οποίες μετρούν γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές του προσωπικού σχολείων, με κύριο θέμα τη σχολική υγεία, την επαγγελματική ευημερία, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, που σχετίζονται με το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή ή που προτείνουν κατευθυντήριες οδηγίες και σχέδιο για να δημιουργηθεί ένα ασφαλές και υγιεινό σχολικό περιβάλλον ^[41-44]. Αναφορικά με την Ελλάδα τα επίσημα στοιχεία είναι περιορισμένα με κάποιες εργασίες να εστιάζουν κυρίως στην καταγραφή συνθηκών ασφαλείας και υγιεινής σε διάφορα σχολεία της χώρας.

Σε μια μελέτη που διενεργήθηκε το 2013 σε δημοτικά σχολεία επαρχιακού νομού στην Ελλάδα, αξιολογήθηκαν οι γνώσεις και οι στάσεις 405 εκπαιδευτικών σε θέματα υγιεινής του σχολικού περιβάλλοντος (κτιριακές, εγκαταστάσεις, εξοπλισμός), που αφορούν στην πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν στην μελέτη εμφάνισαν έλλειμμα γνώσεων σχετικά με την μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων. Επιπλέον διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι τα σχολεία έχουν μεγάλο μερίδιο ευθύνης στο να προάγουν την υγεία, να προλάβουν ατυχήματα και ασθένειες, παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα σχολεία δεν έχουν τις κατάλληλες υποδομές για πρόληψη τους. Τέλος, περισσότεροι από τους μισούς εκπαιδευτικούς θεώρησαν πως «η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια εκπαιδευτική δραστηριότητα, άρρηκτα συνδεδεμένη με την σχολική κοινότητα και πως η υλοποίηση στα σχολεία επιμορφωτικών προγραμμάτων για την ασφάλεια και υγιεινή, από επιστήμονες υγείας προς τους εκπαιδευτικούς είναι αναγκαία» ^[45].

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να εστιάσει στην ανάδειξη των αναπαραστάσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ως προς την είσοδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας

υγείας στο σχολικό περιβάλλον με το θεσμό της σχολικής νοσηλευτικής. Επίσης εξετάζεται μέσω κάποιων ψυχομετρικών εργαλείων η πιθανή διασύνδεση διάφορων ψυχολογικών παραγόντων και της προσωπικότητας που επηρεάζουν αυτή την αναπαράσταση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ως προς την είσοδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σχολικό περιβάλλον με το θεσμό της σχολικής νοσηλευτικής.

Επιμέρους Στόχοι

Η ανάδειξη της πιθανής διασύνδεσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υποθέτοντας πως οι εκπαιδευτικοί με χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας θα παρουσιάζουν αντιστάσεις για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή σε αντίθεση με εκείνους που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας.

Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας, μέσω ερωτηματολογίων κατά το χρονικό διάστημα Απριλίου του 2016 έως Απριλίου του 2017. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε σχολεία της πόλης της Λάρισας από Απρίλιο έως Μάιο του 2016. Δόθηκαν είτε ανά σχολική μονάδα από χέρι σε χέρι, είτε μέσω του προγράμματος Google Forms αποστάλθηκαν στα emails των σχολείων, όπου και υπήρχε πρόσβαση προς όλους τους εκπαιδευτικούς.

Η έντυπη μορφή των ερωτηματολογίων φάνηκε πιο αποτελεσματική σε σχέση με την ηλεκτρονική αποστολή τους. Στην πρώτη περίπτωση διανεμήθηκαν 185 ερωτηματολόγια σε 12 σχολικές μονάδες, επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 94, λευκά 73, ενώ 18 δεν επιστράφηκαν καθόλου. Μέσω των emails που στάλθηκαν στα υπόλοιπα σχολεία μόλις 17 απαντήθηκαν. Συνολικά τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια είναι 111.

Συμμετείχαν εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι έλαβαν ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο αντιστοιχεί σε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Η όλη διαδικασία διενεργήθηκε με

αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών ήταν μειωμένες.

Οι δάσκαλοι που πήραν μέρος ήταν είτε άντρες είτε γυναίκες, όλων των ηλικιών και το μορφωτικό τους επίπεδο ήταν τουλάχιστον απόφοιτοι ΑΕΙ. Επιπλέον δημογραφικά τους στοιχεία διαχωρίζονται ανάλογα με τον τόπο καταγωγής τους, αν είναι από χωριό ή από πόλη με λιγότερους από 200.000 κατοίκους ή με περισσότερους από 200.000, καθώς και σύμφωνα με την οικογενειακή τους κατάσταση (άγαμοι, έγγαμοι, διαζευγμένοι και χήροι).

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι ένα ερωτηματολόγιο δομημένο σε ανοικτά ερωτήματα, ώστε να αναδείξει τις θετικές και τις αρνητικές αναπαραστάσεις σχετικά με την είσοδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας με το θεσμό της σχολικής νοσηλευτικής στην εκπαίδευση. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977) ^[46] και «αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και το άγχος.» Η αξιολόγηση γίνεται βάσει μιας πεντάβαθμης κλίμακας τύπου Likert (0-1-2-3-4). Η κλίμακα προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό και εμφάνισε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI ^[47].

Στατιστική Επεξεργασία

Η επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν έγινε με τη χρήση περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής μέσω του λογισμικού στατιστικής ανάλυσης IBM SPSS Statistics for Windows (version 20.0). Η κανονικότητα της κατανομής των μεταβλητών αξιολογήθηκε με το Kolmogorov-Smirnov test. Οι αριθμητικές μεταβλητές όπως η ηλικία και οι υποκλίμακες του ψυχομετρικού εργαλείου Symptom Checklist -90 παρουσιάζονται για όλους τους συμμετέχοντες ως μέσες τιμές (means) και \pm τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation). Κατηγορικά στοιχεία όπως το φύλλο, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η καταγωγή των εκπαιδευτικών παρουσιάζονται ως πραγματικές τιμές και εκατοστιαίες μονάδες (%). Για την σύγκριση των αναπαραστάσεων σχετικά με την είσοδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην εκπαίδευση μεταξύ ανδρών και γυναικών χρησιμοποιήθηκε το Chi Square test. Επιπλέον για την ανάδειξη πιθανής διασύνδεσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων (μέσω των υποκλιμάκων του ψυχομετρικού

τεστ SCL-90) και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τον θεσμό του σχολικού νοσηλευτή διενεργήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way Anova).

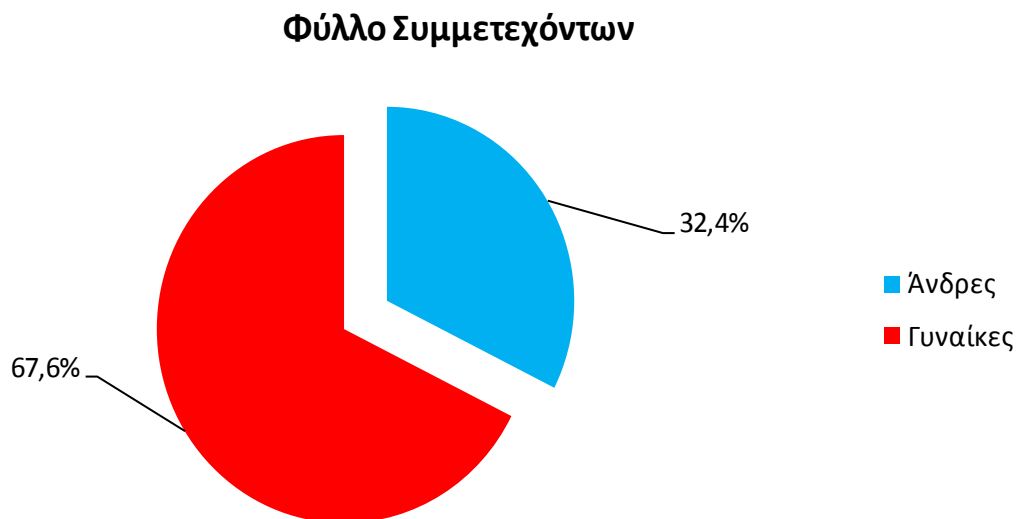
Αποτελέσματα

Πίνακας -1. Βασικά Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (n=111)

Χαρακτηριστικά	Τιμές
Ηλικία (mean±SD)	42,9±10,6
Φύλλο	
Ανδρες	36 (32.4%)
Γυναίκες	75 (67.6%)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Άγαμος	25(22,5%)
Έγγαμος	83 (74,8%)
Διαζευγμένος	3 (2,7%)
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	
Μεταπτυχιακά	89 (80,2%)
Διδακτορικό AEI/TEI	21 (18,9%)
	1 (0,9%)
Καταγωγή	
Χωριό/Κωμόπολη	25 (22,5%)
<150.000 κατοίκους	20 (18%)
>150.000 κατοίκους	66 (59,5%)
Σωματοποίηση (mean±SD)	7,3±6,2
Ψυχαναγκαστικότητα (mean±SD)	8,5±5,4
Διαπροσωπική Ευαισθησία (mean±SD)	5,93±5
Κατάθλιψη (mean±SD)	8,53±6,6
Άγχος (mean±SD)	4,73±5
Επιθετικότητα (mean±SD)	3,4±3,1
Φοβικό Άγχος (mean±SD)	1,74±2,8
Παρανοειδής Ιδεασμός (mean±SD)	4,92±3,7
Ψυχωτισμός (mean±SD)	4,36±4,1

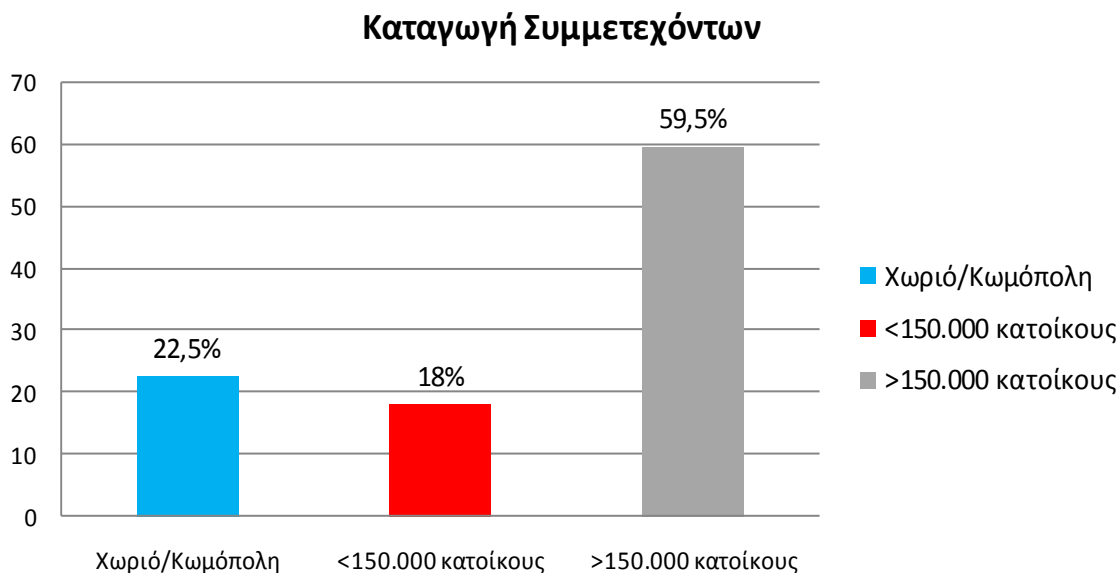
Τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (n=111) όπως το φύλλο και οι υποκλίμακες του ψυχομετρικού εργαλείου Symptom Checklist -90 παρουσιάζονται για όλους τους συμμετέχοντες ως μέσες τιμές (means) και τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation). Στοιχεία όπως το φύλλο, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η καταγωγή των εκπαιδευτικών παρουσιάζονται ως πραγματικές τιμές και εκατοστιαίες μονάδες (%).

Γράφημα 1.



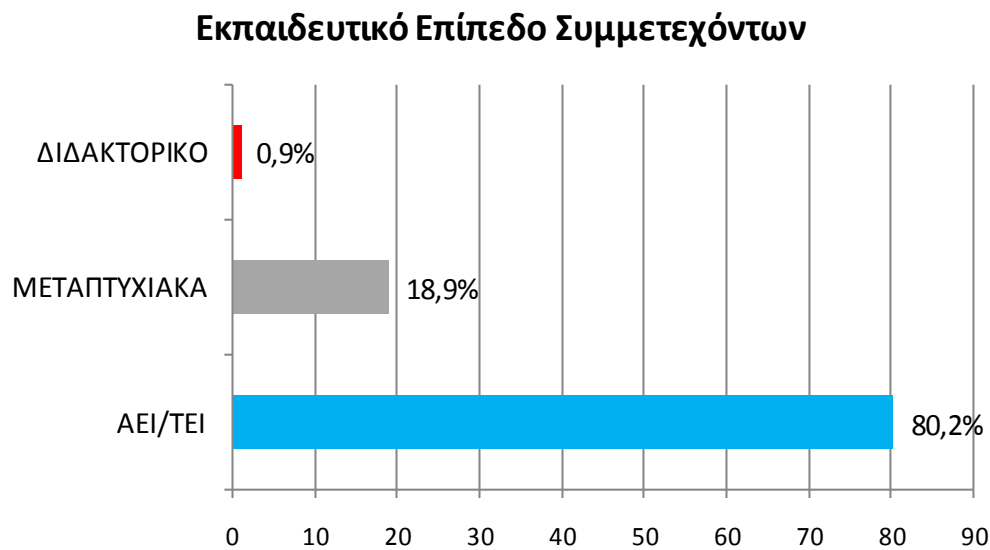
Όπως παρουσιάζεται στο παραπάνω γράφημα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών ήταν γυναίκες (67,6%) ενώ οι άντρες άγγιζαν το (32,4%) του συνολικού δείγματος (n=111).

Γράφημα 2.



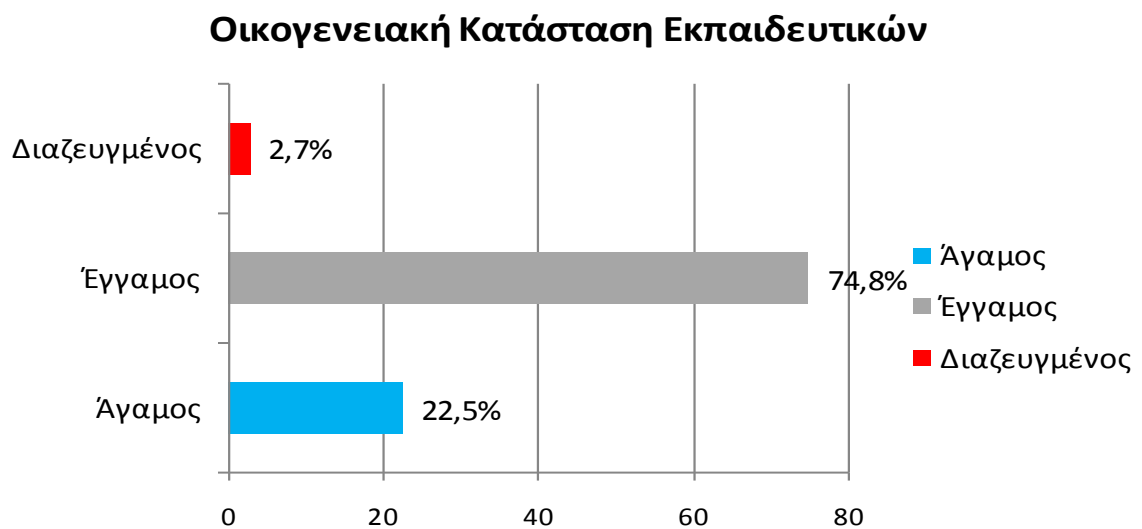
Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω γράφημα το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών που πήραν μέρος στην μελέτη κατάγονταν από πόλη >150.000 κατοίκων.

Γράφημα 3.



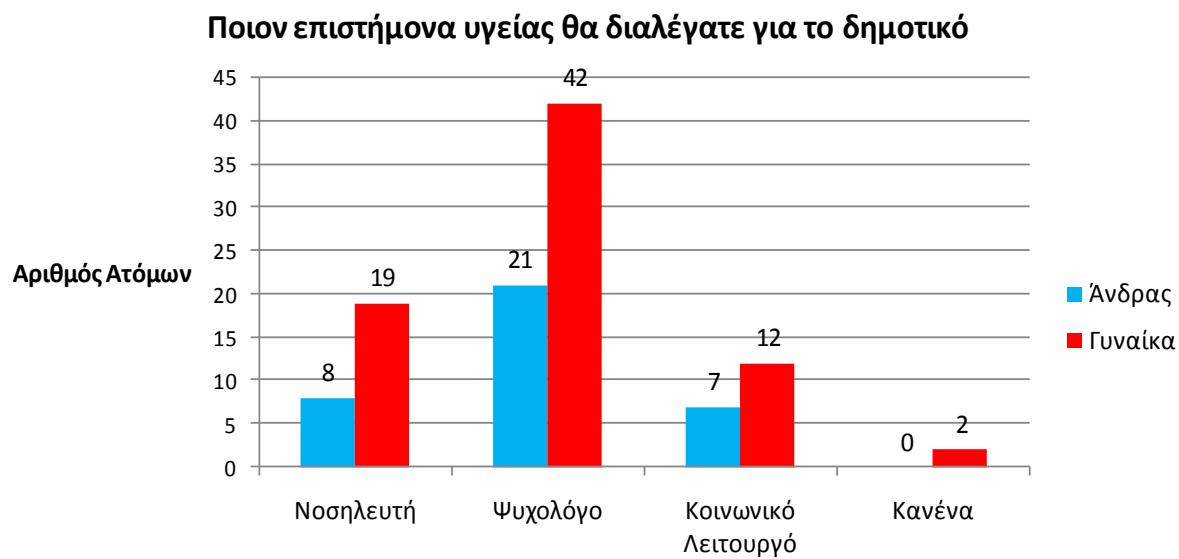
Όπως παρουσιάζεται στο παραπάνω γράφημα όλοι οι συμμετέχοντες της μελέτης ήταν τουλάχιστον απόφοιτοι ΑΕΙ.

Γράφημα 4.

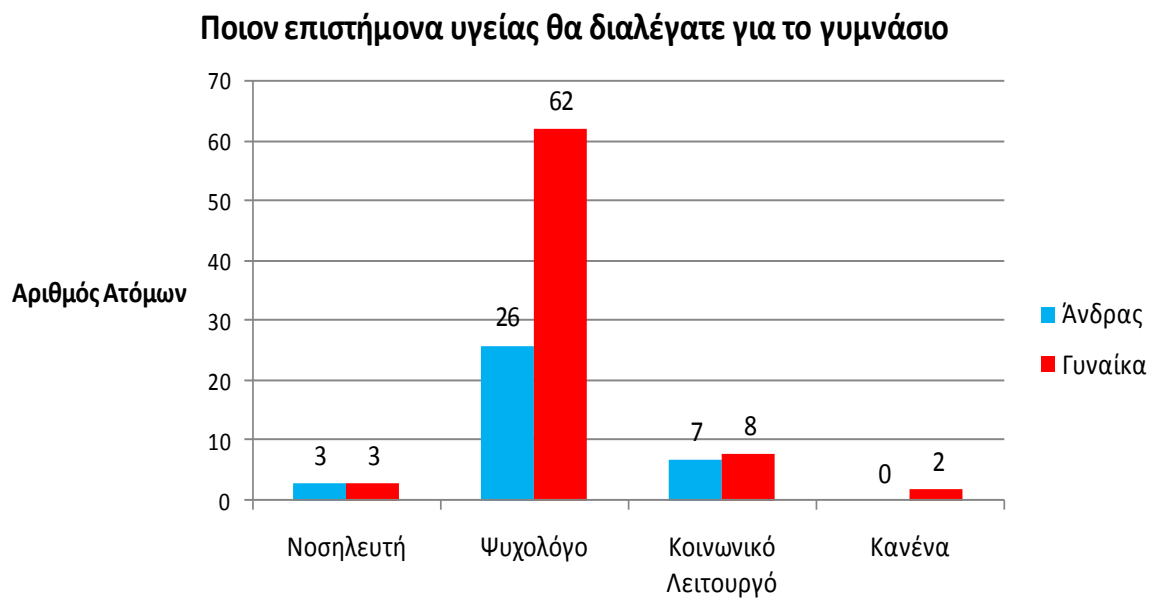


Όπως παρουσιάζεται στο γράφημα 4 η πλειονοπφία των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών ήταν έγγαμοι (74,8%).

Γράφημα 5.



Γράφημα 6.



Γράφημα 7.



Σύμφωνα με την ερώτηση “Ποιον επιστήμονα υγείας θα διαλέγατε για το δημοτικό, γυμνάσιο και λύκειο” οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν τον ψυχολόγο με 63, 88 και 59 απαντήσεις αντίστοιχα. Στη τρίτη ερώτηση που εστίαζε στον ιδανικότερο επιστήμονα υγείας που θα μπορούσε να έχει μια μόνιμη επαγγελματική σχέση με το λύκειο, οι απαντήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών διέφεραν σημαντικά ($p = .031$). Δεν παρατηρήθηκε κάποια άλλη στατιστική διαφορά στις απαντήσεις μεταξύ των ανδρών και γυναικών εκπαιδευτικών στις υπόλοιπες 2 ερωτήσεις.

Πίνακας- 2. Συνεισφορά του Σχολικού Νοσηλευτή στο Δημοτικό Σχολείο

	Άνδρες (n=36)	Γυναίκες (n=75)
Σε ποιο βαθμό μπορεί ο ΣΝ να αλλάξει τις Υγιεινές συνήθειες των παιδιών στο δημοτικό;		
1	0 (0%)	1 (1,3%)
2	8 (22,2%)	5 (6,7%)
3	11 (30,6%)	30 (40%)
4	9 (25%)	23 (30,7%)
5	8 (22,2%)	16 (21,3%)
Σε ποιο βαθμό ο ΣΝ θα συνεισέφερε στην παιδαγωγική διαδικασία στο δημοτικό;		
1	5 (13,9%)	9 (12%)
2	8 (22,2%)	17 (22,7%)
3	10 (27,8%)	29 (38,7%)
4	10 (27,8%)	14 (18,7%)
5	3 (8,3%)	6 (8%)
Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι γονείς των παιδιών του ΔΣ θα ικανοποιούνταν με την παρουσία του ΣΝ;		
1	0 (0%)	1 (1,3%)
2	3 (8,3%)	5 (6,7%)
3	10 (27,8%)	18 (24%)
4	11 (30,6%)	26 (34,7%)
5	12 (33,3%)	25 (33,3%)

Οι απαντήσεις του δείγματος της μελέτης για το πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να συνεισφέρει στην παιδαγωγική διαδικασία, στην διαμόρφωση των συνηθειών των μαθητών, αλλά και στην ικανοποίηση των γονέων παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα. Δεν εμφανίστηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

Πίνακας- 3 Ο κατάλληλος επιστήμονας υγείας στο δημοτικό σχολείο σύμφωνα με τις υποκλίμακες του SCL-90.

	Νοσηλεύτη	Ψυχολόγο	Κοινωνικό λειτουργό	Κανένα	P value
Ποιον επιστήμονα θα διαλέγατε για μόνιμη επαγγελματική σχέση με το δημοτικό σχολείο;					
Σωματοποίηση	7,9±7,6	8,1±6,1	4,3±3,3	3±1,4	.083
Ψυχαναγκαστικότητα	8,7±6,1	9,2±5	6,9±5,5	3,5±4,9	.239
Διαπροσωπική Ευαισθησία	6,3±6,2	6,1±4,7	4,8±4,5	2±0	.510
Κατάθλιψη	9,7±8,5	9±5,8	5,9±5	1±1,4	.078
Άγχος	5,1±6,2	5,2±4,8	2,9±3,2	0	.174
Επιθετικότητα	3,8±4,4	3,4±2,6	2,7±2,4	0,5±0,7	.358
Φοβικό Άγχος	2,1±3,9	1,7±2,4	1,2±2	1,5±2	.747
Παρανοειδής Ιδεασμός	5,8±3,8	5±3,8	3,5±3,1	2±1,4	.143
Ψυχωτισμός	4,7±5,7	4,5±3,6	3,4±2,6	1,5±0,7	.512

Στο πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των υποκλιμάκων του ψυχομετρικού τεστ SCL-90, ανάλογα με την επιλογή του καταλληλότερου επιστήμονα υγείας για το δημοτικό, των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με την ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way anova), δεν εμφανίστηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηθέντων και των 9 αξιολογούμενων μεταβλητών του ερωτηματολογίου.

Πίνακας- 4 Ο κατάλληλος επιστήμονας υγείας στο γυμνάσιο και το λύκειο σύμφωνα με τις υποκλίμακες του SCL-90.

	Νοσηλεύτη	Ψυχολόγο	Κοινωνικό λειτουργό	Κανένα	P value
<hr/>					
Ποιον επιστήμονα θα διαλέγατε για μόνιμη επαγγελματική σχέση με το λύκειο;					
Σωματοποίηση	5,8±5,4	7,6±6,3	7,3±7	3,5±1,2	.530
Ψυχαναγκαστικότητα	6±4,8	9±5,5	8,3±5,5	5,2±3,5	.245
Διαπροσωπική Ευαισθησία	4±3,3	6±4,7	7,2±7	2±0,8	.184
Κατάθλιψη	6,2±5,4	8,8±6,4	9,8±7,7	1,7±1,2	.105
Άγχος	3,4±3,9	4,9±4,8	5±6,6	1,25±1,8	.435
Επιθετικότητα	2,2±2,3	3,1±2,5	5,8±5	1,7±1,7	.005
Φοβικό Άγχος	1,3±1,7	1,6±2,5	2,7±4,4	0,7±1,5	.420
Παρανοειδής Ιδεασμός	3,6±3,7	5,1±3,5	5,3±4,7	1,5±1,2	.189
Ψυχωτισμός	2,7±3,5	4,4±3,4	5,6±6,9	1,7±1,7	.220
<hr/>					
Ποιον επιστήμονα θα διαλέγατε για μόνιμη επαγγελματική σχέση με το γυμνάσιο;					
Σωματοποίηση	4,8±6,1	7,6±6,1	6,9±7,1	3±1,4	.531
Ψυχαναγκαστικότητα	7,8±4,9	8,7±5,5	8,5±5,4	3,5±4,9	.592
Διαπροσωπική Ευαισθησία	4,6±3,9	6,1±5,2	5,8±4,9	2±0	.645
Κατάθλιψη	5,5±3,3	8,8±6,6	8,8±7	1±1,4	.252
Άγχος	3,3±3,5	4,7±5	5,6±5,6	0	.436
Επιθετικότητα	2,5±2	3,4±3,1	3,6±3,2	0,5±0,7	.511
Φοβικό Άγχος	1±1,6	1,7±2,7	2±3,5	1,5±2,1	.909
Παρανοειδής Ιδεασμός	5,5±3,2	5±3,8	4,4±3,7	2±1,4	.660
Ψυχωτισμός	3,1±4,3	4,5±4,2	4±3,9	1,5±0,7	.636

Στο πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των υποκλιμάκων του ψυχομετρικού τεστ SCL-90, ανάλογα με την επιλογή του καταλληλότερου επιστήμονα υγείας για το γυμνάσιο και το λύκειο, των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με την ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one-way anova), δεν εμφανίστηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηθέντων και των περισσότερων αξιολογούμενων μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αξιολογούμενη επιθετικότητα μεταξύ των ερωτηθέντων που θεωρούν πως ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο καταλληλότερος επιστήμονας υγείας για τον χώρο του λυκείου, σε σύγκριση με αυτούς που επέλεξαν τον ψυχολόγο και τον νοσηλεύτη ($p = .005$).

Συζήτηση

Όπως έχει προαναφερθεί το αγαθό της «υγείας» αποτελεί βασικό στοιχείο του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού και αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα. Η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται ως ο «Βενιαμίν» του συστήματος υγείας σε όλες τις χώρες όταν συγκριθεί με τις τεράστιες επενδύσεις σε μεγάλα ιατρικά κέντρα και νοσοκομεία. Είναι ωστόσο ο κορμός κάθε συστήματος υγείας, γεγονός που αποτυπώνεται σε όλα τα κείμενα διεθνών οργανισμών υγείας εδώ και αρκετά χρόνια.

Ο νοσηλευτής αποτελεί ένα απαραίτητο κομμάτι της ομάδας της ΠΦΥ. Ο ρόλος του είναι να προάγει και να εκτίμα την υγείας του γενικού πληθυσμού και να παρέχει φροντίδα (θεραπεία, παρέμβαση, πρόληψη, ανακουφιστική φροντίδα, περίθαλψη), έχοντας ως κυριότερο σκοπό την καλύτερευση και αναμόρφωση της γενικής υγείας του. Επίσης, συνεισφέρει στην οργάνωση παροχής φροντίδας, και στις αρμοδιότητές του συγκαταλέγονται η εξασφάλιση της προσβασιμότητας και της σταθερότητας του δικτύου των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και η επικύρωση της παραγωγικότητας και της επιτυχίας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η σχολική νοσηλευτική αποτελεί έναν εξειδικευμένο κλάδο της επαγγελματικής νοσηλευτικής, που επικεντρώνεται στη σωματική και τη ψυχική υγεία, την ακαδημαϊκή επιτυχία την υγιεινή, και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του σχολικού πληθυσμού, καθώς επίσης και την ισορροπημένη ανάπτυξη των μαθητών. Οι σχολικοί νοσηλευτές επιδιώκουν να ανάπτυξουν θετικές στάσεις από τους μαθητές σε σχέση με τη φυσιολογική ανάπτυξη και την προαγωγή της υγείας. Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και μπορούν να γίνουν επεμβατικοί σε ουσιαστικά προβλήματα υγείας, προσφέροντας υπηρεσίες επίλυσης υποθέσεων υγείας. Οι μαθητές είναι πρωταρχική τους ευθύνη και το κεντρικό αντικείμενο ενασχόλησής τους, γι' αυτό συνεργάζονται καθημερινά μαζί τους, αλλά και με τις οικογένειες τους, το σχολικό προσωπικό και άλλους επιστήμονες, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο στόχος τους στο μέγιστο δυνατό βαθμό και να οικοδομηθεί η ικανότητα των μαθητών, των οικογενειών και της κοινότητας για αυτοέλεγχο, μάθηση και ωρίμανση.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα υστερεί σε πολλούς τομείς σε σχέση με πολλές ανεπτυγμένες χώρες του εξωτερικού, οι οποίες αναβαθμίζουν συνεχώς τις υπηρεσίες υγείας τους και εξοικονομούν πόρους επενδύοντας κυρίως στην προληπτική ιατρική. Η δυσλειτουργία και πολλές φορές η ανυπαρξία της ΠΦΥ στην χώρα μας έχει ως αποτέλεσμα την προσφυγή των πολιτών σε ιδρύματα δευτεροβάθμιας φροντίδας, ενώ τα περιστατικά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν πρωτοβάθμια. Αντίθετως, στην Ευρώπη η θέση της ΠΦΥ γίνεται

συνεχώς και πιο σημαντική για το σύστημα υγείας για δημογραφικούς λόγους αλλά και εξαιτίας της μεγαλύτερης σημασίας που δίνεται στην προληπτική ιατρική.

Η έννοια του σχολικού νοσηλευτή στην χώρα μας δυστυχώς δεν είναι διευρυμένη και η εισαγωγή του κλάδου ισχύει περιορισμένα μόνο σε σχολεία ειδικής αγωγής. Ο τρόπος με τον οποίο γίνονται αντιληπτοί στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης νέοι σχολικοί θεσμοί όπως η σχολική νοσηλευτική δυστυχώς δεν έχει αξιολογηθεί ποτέ σε ερευνητικό επίπεδο, καθώς τα στοιχεία που θα προέκυπταν θα μπορούσαν να συμβάλουν σε σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην χώρα μας. Γενικότερα, επίσημη βιβλιογραφία που να αφορά την ανάδειξη των αναπαραστάσεων του εκπαιδευτικού προσωπικού ως προς την είσοδο της ΠΦΥ στο σχολικό περιβάλλον είναι ανεπαρκής και περιορισμένη.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έδειξαν πως η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων και κυρίως των γυναικών εκπαιδευτικών θεωρεί πως υπάρχει αδιαμφισβήτητη ανάγκη συνεργασίας των σχολείων (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση) με κάποιο επαγγελματία υγείας, με τα υψηλότερα ποσοστά να συγκεντρώνονται στον “σχολικό ψυχολόγο”. Όσον αφορά στις απαντήσεις των εκπαιδευτικών για το πόσο μπορεί ο σχολικός νοσηλευτής να συνεισφέρει στην παιδαγωγική διαδικασία, στην διαμόρφωση των συνθηκών των μαθητών, αλλά και στην ικανοποίηση των γονέων φάνηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πιστεύει πως η συμβολή του σχολικού νοσηλευτή μπορεί να έχει ένα σημαντικό αντίκτυπο χωρίς όμως να προκύπτουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα όμορων εργασιών, κυρίως του εξωτερικού, όπου οι εκπαιδευτικοί στην πλειοψηφία τους αναγνωρίζουν τον ρόλο της αυξημένης ευθύνης των σχολείων στην προαγωγή υγείας ^[45,48]. Στις εργασίες των Barrett ^[42] και Lightfoot ^[43] όπου αξιολογήθηκαν οι στάσεις και συμπεριφορές του σχολικού προσωπικού σε θέματα σχολικής υγείας και επαγγελματικής ευημερίας, περισσότεροι από τους μισούς εκπαιδευτικούς συμφώνησαν πως η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια εκπαιδευτική δραστηριότητα άρρηκτα συνδεδεμένη με την σχολική κοινότητα και πως η υλοποίηση στα σχολεία επιμορφωτικών προγραμμάτων για την ασφάλεια και υγιεινή, από επιστήμονες υγείας προς τους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές, είναι αναγκαία. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως στην μελέτη του Clausson ^[49], όπου οι ερευνητές εστίασαν στον ξεχωριστό ρόλο του σχολικού νοσηλευτή στην προαγωγή υγείας στα σχολεία, ένα στατιστικά σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών αναγνώρισαν πως το σχολείο, μετά το σπίτι του παιδιού, αποτελεί τη μεγαλύτερη επιρροή στη ζωή του, στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του και κατ’ επέκταση στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και συμφώνησε για τους συμπληρωματικούς ρόλους σχολικών νοσηλευτών και

εκπαιδευτικών στη διασφάλιση της υγείας των μαθητών. Τέλος, σε ότι αφορά στους σχολικούς νοσηλευτές, περίπου οι μισοί εκπαιδευτικοί αναγνώρισαν τις ικανότητες των σχολικών νοσηλευτών να διεκπεραιώνουν αποτελεσματικά δραστηριότητες αγωγής και προαγωγής υγείας στη σχολική κοινότητα, ενώ θεώρησαν ότι είναι αναγκαίοι και πως ο θεσμός τους χρειάζεται να επεκταθεί σε όλον τον σχολικό πληθυσμό.

Στο δεύτερο μέρος των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, όπου διερευνήθηκε η πιθανή διασύνδεση μεταξύ ψυχολογικών παραμέτρων και των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επιβεβαιώθηκαν εν μέρει οι αρχικές υποθέσεις πως οι εκπαιδευτικοί με χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας θα παρουσιάζουν αντιστάσεις για το θεσμό του σχολικού νοσηλευτή σε αντίθεση με εκείνους που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας. Εστιάζοντας στην επιλογή του καταλληλότερου επιστήμονα υγείας για μόνιμη επαγγελματική σχέση με το δημοτικό, το γυμνάσιο και το λύκειο και την συνεισφορά του σχολικού νοσηλευτή στη διαμόρφωση των καθημερινών υγιεινών συνηθειών των μαθητών, αλλά και στην ικανοποίηση των γονέων δεν καταγράφηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηθέντων και των 9 αξιολογούμενων υποκλιμάκων του ψυχομετρικού ερωτηματολογίου SCL-90. Στον έλεγχο όμως πιθανής συσχέτισης μεταξύ ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων των συμμετεχόντων και του βαθμού συνεισφοράς του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία, προέκυψε μέσω της στατιστικής επεξεργασίας πως οι εκπαιδευτικοί που σημειώσανε μεγαλύτερο άθροισμα στις 7 από τις 9 υποκλίμακες του SCL-90 (σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα, κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, φοβικό άγχος και παρανοειδής ιδεασμός) θεωρούν στατιστικά μεγαλύτερη την συμβολή και την αναγκαιότητα του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία.

Αξίζει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο πως οι μέγιστες μέσες τιμές του αθροίσματος των διαφορετικών υποκλιμάκων του SCL-90 των ερωτηθέντων οι οποίοι υποστήριζαν εντονότερα τον σημαντικό ρόλο του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία, δεν εμφανίστηκαν να είναι παθολογικές για τον Ελληνικό πληθυσμό σύμφωνα με την στάθμιση της κλίμακας το 1991 από τον Ντώνια και τους συνεργάτες του ^[47]. Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης νέους σχολικούς θεσμούς όπως η σχολική νοσηλευτική και η σύνδεση αυτού με διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες δυστυχώς δεν έχει αξιολογηθεί ποτέ σε ερευνητικό επίπεδο στη χώρα μας και διεθνώς καθιστώντας τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας ως πρωτότυπα.

Συμπεράσματα

Οι πλειοψηφία των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη μελέτη αναγνωρίζουν την αδιαμφισβήτητη αμφίδρομη σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας, η οποία μπορεί να έχει σημαντικές επιρροές στην κατάσταση υγείας, τις μαθησιακές ικανότητες και το βαθμό στον οποίο οι μαθητές θα υιοθετήσουν θετικές συνήθειες υγείας. Επιπρόσθετα, η πλειονότητα των ερωτηθέντων θεωρεί πως υπάρχει πραγματική ανάγκη συνεργασίας των σχολείων με κάποιο επαγγελματία υγείας. Επίσης, συμφωνεί στο ότι η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια εκπαιδευτική δραστηριότητα άρρηκτα συνδεδεμένη με την σχολική κοινότητα και ότι οι συμπληρωματικοί ρόλοι των σχολικών νοσηλευτών πρέπει να επικοινωνούν με τους εκπαιδευτικούς για τη διασφάλιση της υγείας των μαθητών.

Τέλος, η αρχική υπόθεση ότι οι εκπαιδευτικοί με χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας παρουσιάζουν αντιστάσεις για το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή στην παιδαγωγική διαδικασία, σε αντίθεση με εκείνους που εμφανίζουν υψηλά (άλλα στα πλαίσια του υγιούς) επίπεδα ψυχοπαθολογίας έχει επιβεβαιωθεί σε ένα μεγάλο βαθμό. Αυτό εξηγείται καθώς εκείνοι που είναι πιο ευάλωτοι συναισθηματικά μπορούν να φανταστούν ότι και τα παιδιά χρειάζονται υποστήριξη από ειδικούς, σε αντίθεση με εκείνους που φάνηκαν πιο ανεξάρτητοι συναισθηματικά, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να σκεφτούν ότι μπορεί οι ίδιοι να χρειαστούν κάποια βοήθεια, άρα ούτε και κάποιος άλλος-στη συγκεκριμένη περίπτωση οι μαθητές.

Μελέτες με πολυκεντρικούς σχεδιασμούς και μεγαλύτερο αριθμό δείγματος που να εστιάζουν στην ανάδειξη των αναπαραστάσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ως προς την είσοδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σχολικό περιβάλλον και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικοί νέους σχολικούς θεσμούς όπως η σχολική νοσηλευτική, θα βοηθούσαν στην εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων και θα μπορούσαν να συμβάλουν σε σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην χώρα μας. Ας ελπίσουμε αυτή η έρευνα να είναι η αρχή για περαιτέρω μελέτη του θέματος και να συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη δόμηση της ΠΦΥ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2009, **48**:37–49 10.
2. Selgelid MJ. The importance of “throwing money at” the problem of global health. *Indian J Med Ethics* 2007, **4**:73–75.
3. Commission of the European Communities. White Paper – Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013. EU, Brussels, 2007:1–11.
4. Sotiriadou K, Malliarou M, Sarafis P. Primary Health Care in Greece- status and prospects. *Interscientific Health Care* (2011) **4**: 140-148.
5. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron 1978, **32**: 428-430.
6. Alexadropoulou M, Kalokairinou A, Sourtzi P. School healthcare in Hellas The position of school nurse. *Nosileftiki* (2006) **45**: 308-314.
7. McEwen M. & Nies M. (2006). *Κοινοτική Νοσηλευτική* (επιμέλεια στην ελληνική Δ. Σαπουντζή-Κρέπια). Αθήνα: Λαγός.
8. Καλοκαιρινού Α. & Σουρτζή Π. (2005). *Κοινοτική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα.
9. National Association of School Nurses (2017) Definition of School Nursing [Online] Available from: <https://www.nasn.org/rolecareer> [Accessed: 6th April 2017].
10. National Association of School Nurses. School nursing practice: roles and standards. California State, University of Sacramento, Sacramento, CA, 1993.
11. Zaiger D. Historical perspectives of school nursing. School Nursing: A Comprehensive Text. 2nd ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 2013.
12. National Association of School Nurses (2017) Our History [Online] Available from: <https://www.nasn.org/AboutNASN/OurHistory> [Accessed: 10th April 2017].
13. Lemanske RF & Busse WW. Asthma: clinical expression and molecular mechanisms. *J Allergy Clin Immunol* 2010, **125**: S95-102.

14. Rodriguez E, Rivera DA, Perlroth D, Becker E, Wang NE, Landau M. School Nurses Role in Asthma Management, School Absenteeism and Cost Savings: A Demonstration. *Project Journal of School Health* 2013, **83**: 842-50.
15. Taras H, Wright S, Brennan J, Campana J, Lofgren R. Impact of school nurse case management on students with asthma. *Journal of School Health* 2004, **74**: 213-9.
16. de Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr* 2007, **92**: 1257-64.
17. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012, **70**: 3-21.
18. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA* 2010, **304**: 2042-2047.
19. Puder JJ, Munsch S. Psychological correlates of childhood obesity. *Int J Obes* 2010, **34**: S37-43.
20. Pbert L, Druker S, Gapinski MA et al. A school nurse-derived intervention for overweight and obese adolescents. *J Sch Health* 2013, **83**: 182-93.
21. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan P, Rex J. New Moves: a school based obesity prevention program for adolescent girls. *Prev Med* 2003, **37**: 41-51.
22. Brown T & Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews* 2008, **10**: 110-141.
23. Patterson CC, Dahlquist GG, Gyurus E, Green A, Soltesz G & the EURODIAB Study Group. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *Lancet* 2009, **373**: 2027-2033.
24. The Social Insurance Institution. Statistical Yearbook of the Social Insurance Institution. The Social Insurance Institution 2008, Helsinki, Finland.
25. Cooke DW, Plotnick L. Type 1 diabetes mellitus in pediatrics. *Pediatr Rev* 2008, **29**: 374-84.

26. Goran MI, Ball GD, Cruz ML. Obesity and risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease in children and adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 2003, **88**: 1417-1427.
27. Ripsin CM, Kang H, Urban RJ. Management of blood glucose in type 2 diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 2009, **79**: 29-36.
28. Nabors L, Lehmkuhl H, Christos N, Andreone T. Children with Diabetes: Perceptions of supports for self-management at school. *Journal of School Health* 2003, **73**: 216-21.
29. Miller S. Hearing from children with Diabetes. *J Child Health Care* 1999, **3**: 5-12.
30. Lin HP, Mu PF, Lee YJ. Mothers experience supporting life adjustment in children with T1DM. *Western Journal of Nursing Research* 2008, **30**: 96-110.
31. NASN position statement. School violence, role of the school nurse in prevention. *NASN School Nurse* 2014, **29**: 154-6.
32. Smith PK, Brain P. Bullying in schools: lessons from two decades of research. *Aggressive Behavior* 2000, **26**:1-9.
33. Ψάλτη Α, Κωνσταντίνου Κ. Το φαινόμενο του εκφοβισμού στα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: η επίδραση του φύλλου και της εθνοπολιτισμικής προέλευσης. *Ψυχολογία* 2007, **14**: 329-345.
34. Georgiou S, Stavrinides P. Bullies, victims and bully-victims: psychosocial profiles and attribution styles. *School Psychology International* 2008, **29**: 574-589.
35. Pateraki L, Houndoumadi A. Bullying among primary schoolteachers in Athens, Greece. *Educational Psychology* 2001, **21**: 167-175.
36. Flannery DJ, Singer MI, Wester KL. Impact of exposure to violence in school on child and adolescent mental health and behavior. *Journal of Community Psychology* 2004, **32**: 559-573.
37. Hawker DSJ, Boulton M.J. Twenty years of research on peer victimization and psychological maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000, **41**: 441-455.
38. Kraus L, Guttormsson U, Leifman H et al. ESPAD Report 2015: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs. EMCDDA 2016, Lisbon Portugal.

39. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators and community leaders. 2nd edition 2010, Children R the Future Publishing: Maryland.
40. Patestos C, Patterson K, Fitzsimons V. Substance abuse prevention: the role of the school nurse across the continuum of care. *NASN Sch Nurse* 2014, **29**: 310-4.
41. Baser M, Coban S, TasSci S, Sungur G, Bayat M. Evaluating First-Aid Knowledge and Attitudes of a Sample of Turkish Primary School Teachers. *Journal of Emergency Nursing* 2007, **33**: 428-432.
42. Barret JC. Teaching teachers about school health emergencies. *The Journal of School Nursing* 2001, **17**:316.
43. Lightfoot J, Bines W. Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *J Public Health Med* 2000, **22**: 74-80.
44. Feng Li, Fan Jiang, Xingming Jin, Yulan Qiu, Xiaoming Shen. Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff and in the preschools of Shanghai, China. *BMC Pediatrics* 2012, **12**:121.
45. Syrou N, Elefsiniotis I, Kalokairinou A, Sourtzi P. Investigation by a school nurse of primary school teachers' knowledge, attitudes and behavior regarding school hygiene. *Hellenic Journal of Nursing* 2013, **52**: 333-346.
46. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology* 1977, **33**(4):981-989.
47. Ντόνιας Σ, Καραστεργίου Α. & Μάνος Ν. Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 1991, **2**:42-48.
48. Liberal EF, Aires RT, Aires MT, Osorio AC. Safe school. *Jornal de Pediatria* 2005, **81**:155-163.
49. Clausson K. Schoolchildren's health as judged by Swedish school nurses- a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008, **36**: 690-697.

ΣΤΙΣ ΛΕΞΕΙΣ **ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ:

A)	B)	Γ)
-----------	-----------	-----------

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ:

A)	B)	Γ)
-----------	-----------	-----------

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΣΧΟΛΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ:

A)	B)	Γ)
-----------	-----------	-----------

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ:

A)	B)	Γ)
-----------	-----------	-----------

ΣΤΗ ΛΕΞΗ **ΝΟΣΟΚΟΜΑ** ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΚΕΨΗ ΣΑΣ:

A)	B)	Γ)
-----------	-----------	-----------

SCL-90 (ψυχομετρικό εργαλείο)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4